

Sağlık Bilimleri Araştırmaları Hemşirelik & Ebelik-III

Editör: Prof. Dr. Papatya Karakurt



ÖZGÜR
YAYINLARI

Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-III

Editör:

Prof. Dr. Papatya KARAKURT



Published by

Özgür Yayın-Dağıtım Co. Ltd.

Certificate Number: 45503

📍 15 Temmuz Mah. 148136. Sk. No: 9 Şehitkamil/Gaziantep

☎ +90.850 260 09 97

📞 +90.532 289 82 15

🌐 www.ozgurayinlari.com

✉ info@ozgurayinlari.com

Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-III

Health Sciences Research: Nursing & Midwifery-III

Editor: Prof. Dr. Papatya KARAKURT

Language: Turkish-English

Publication Date: 2023

Cover design by Mehmet Çakır

Cover design and image licensed under CC BY-NC 4.0

Print and digital versions typeset by Çizgi Medya Co. Ltd.

ISBN (PDF): 978-975-447-763-4

DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub249>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

This license allows for copying any part of the work for personal use, not commercial use, providing author attribution is clearly stated.

Suggested citation:

Karakurt, P. (ed) (2023). *Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-III*.

Özgür Publications. DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub249>. License: CC-BY-NC 4.0

The full text of this book has been peer-reviewed to ensure high academic standards. For full review policies, see <https://www.ozgurayinlari.com/>



Önsöz

Bu kitap; Birçok alanda sağlık bakım hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin mesleki gelişimlerinde ve verdikleri hizmette güncel yaklaşımları takip etmeleri açısından yol gösterici bir kaynak kitap olarak hazırlandı. Biyo-psikososyo kültürel bir varlık olan insana bakım ve hizmet sunmada, insanın sağlık gereksinimlerinin karşılanması için hizmet sağlama yol ve yöntem göstermede rehber olan, eğitim ve uygulamalardaki değişimleri ve teknolojik gelişmeleri takip eden yazarlar tarafından kaleme alınan bir kitaptır.

Bu kitabın içeriğinde lisans, lisansüstü öğrencilerinin yanı sıra, klinik/saha çalışanlarının ve akademisyenlerin yararlanacakları farklı sağlık disiplinlerinin kendi alanlarına özgü kanıta dayalı uygulamalar, ulusal ve uluslararası çalışma sonuçları ve farklı bir bakış açısıyla alana kazandırdıkları çalışmalar yer almaktadır.

“Sağlık Bilimleri Araştırmaları: Hemşirelik & Ebelik-III” kitabının hazırlanmasında değerli fikir ve görüşleriyle katkı sunan tüm yazarlara teşekkür ederim.

Preface

This book; It was prepared as a guiding reference book for health professionals who provide health care services in many fields to follow current approaches in their professional development and the services they provide. Bio-psycho-socio is a book written by authors who follow the changes and technological developments in education and practices, providing guidance in providing care and services to humans, who are cultural beings, and providing services to meet human health needs.

The content of this book includes evidence-based practices of different health disciplines specific to their fields, national and international study results, and studies that they bring to the field from a different perspective, which undergraduate and graduate students, as well as clinical/field workers and academicians will benefit from.

I would like to thank all the authors who contributed to the preparation of the book “Health Sciences Research: Nursing & Midwifery-III” with their valuable ideas and opinions.

İçindekiler

| | |
|---------|-----|
| Önsöz | iii |
| Preface | v |

Bölüm 1

| | |
|---|---|
| Palyatif Bakım Hastalarında Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü | 1 |
| <i>Sıddıka Ersoy</i> | |
| <i>Şükran Özkabraman Koç</i> | |
| <i>Fatma Özcan</i> | |

Bölüm 2

| | |
|---------------------------------------|----|
| Spiritüel Bakımda Hemşirenin Yönetimi | 15 |
| <i>Papatya Karakurt</i> | |
| <i>Meryem Fırat</i> | |

Bölüm 3

| | |
|---|----|
| Teaching Methods in Nursing and Teaching of Nursing Practices | 27 |
| <i>Sumeyye Akcöban</i> | |

Bölüm 4

| | |
|--|----|
| İlaç Uygulama Hataları, Riskli Gruplar ve Hemşirelerin Sorumluluğı | 39 |
| <i>Sema Köse</i> | |
| <i>Özlem Bayram Araz</i> | |

Bölüm 5

- Lavanta Yağının Kadın Sağlığında Kullanımı 51
Ayşe Eminov

Bölüm 6

- Psikiyatri Kliniğine Tekrarlı Yatışlar ve Maliyet Analizi: Derleme Çalışması 59
Necla Şahin
Birgül Özkan

Bölüm 7

- Yaşlı Hastalarda Uyku Bozukluklarında Hemşirenin Yönetimi 69
Papatya Karakurt
Meryem Fırat

Bölüm 8

- Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryum Durumu ve Hemşirelik Bakımı 85
Sıddıka Ersoy
Şükran Özkabraman Koç
Sinan Topuz

Bölüm 9

- An Overview of the History and Sociological Structure of Nursing in the World and Turkey 101
Sumeyye Akcoba

Bölüm 10

- Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi: Klinik Düzeyde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetilmesi 117
Ayşegül Yılmaz

Bölüm 11

| | |
|---|-----|
| Covid-19 Pandemisi Sürecinde Hemşirelerde Tükenmişlik | 139 |
| <i>Sema Köse</i> | |
| <i>Kübra Egribaş Yeşilyurt</i> | |

Bölüm 12

| | |
|---|-----|
| Doğum Ağrısının Yönetiminde Aromaterapik Yaklaşım | 151 |
| <i>Ayşe Eminov</i> | |
| <i>Gül Ertem</i> | |

Bölüm 13

| | |
|--|-----|
| Kronik Yara İyileşmesinde Maggotların Etkisi | 165 |
| <i>Ayşenur Dağlı</i> | |
| <i>Serpil Yüksel</i> | |

Bölüm 14

| | |
|--|-----|
| Sağlık Alanında ve Hemşirelikte Kahkaha Terapisinin Kullanılması | 177 |
| <i>Elif Üner</i> | |

Bölüm 15

| | |
|---|-----|
| Cerrahi Hastada Uyku ve Hemşirelik Yaklaşımları | 191 |
| <i>Harva Bozdemir</i> | |
| <i>Züleyha Şimşek Yaban</i> | |

Palyatif Bakım Hastalarında Hasta Yakınlarının Bakım Yükü

Sıddıka Ersoy¹

Şükran Özkahraman Koç²

Fatma Özcan³

Özet

Dünyada yaşanan hızlı ve iyi yönlü gelişmelere rağmen artan kronik hastalıklar ve uzayan yaşam süresi ile birlikte bakım ihtiyaçları artmaktadır. Bakım süreci, hem bakım ihtiyacı olan ve hem de bakım veren kişiler için oldukça karmaşık bir süreçtir. Dünyada milyonlarca kişinin palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu ancak bunu sağlamaya yönelik yeterli palyatif bakım ünitesinin bulunmadığı bilinmektedir. Bakım verenlerin üstlendiği sorumluluk onlara ekstra ekonomik ve ruhsal bir yük katmaktadır. Zamanla artan bu yükler bakım vericilerin sağlıklarını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir. Bu makalede palyatif bakım hastalarına bakım veren hasta yakınlarının bakım yüklerine dair bilgiler değerlendirilmiştir.

1. GİRİŞ

Tıp biliminin ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte insanların yaşam süreleri beklenenin üzerinde artış göstermiş ve dünyada yaşlı nüfusu da artmıştır. Bununla birlikte kronikleşmiş hastalıklar ve hastalıkların getirisi olarak komplikasyonlarda da yaygınlık artış göstermiş, insanlar kronik hastalıklarla uzun yıllar yaşamak zorunda kalmıştır. Bu nedenle de insanların hastalıklarının tedavisinin yanında yaşam kalitesini arttırmak için bakım hizmetleri de oldukça önemli hale gelmiştir (Şahin vd., 2012).

- 1 Doktor Öğretim Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, E-mail: siddikaersoy@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8094-8042
- 2 Prof. Dr. Öğretim Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, E-mail: sukranozkahraman@sdu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7286-6477
- 3 Yüksek Lisans Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi. E-mail: fatma_srn07_@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-1778-7335

Dünyada ortalama her sene 40 milyon kişinin palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu, bunlardan %78 gibi bir oranının gelir seviyesi düşük ve orta olan ülkelerde yaşam sürdürdüğü ve bu ihtiyaç duyan insanların yalnızca %14'nün palyatif bakım alabildiği söylenmektedir (Palliative Care - World Health Organization). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gelişmişlik düzeyinden bağımsız bütün ülkelerin kapsamlı örgütlenmesiyle hizmet sunabilecek palyatif bakım merkezlerinin kurulup geliştirilmesini önermektedir (Lynch vd., 2013).

Palyatif bakım hizmeti dünya çapında elzemdir, ancak ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin önemi son yıllarda fark edilmiştir. 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Kanser Kontrol Dairesi Başkanlığı tarafından palyatif bakım sistemi organize edilmiştir. Pallia-Türk projesi hayata geçirilerek palyatif bakım hizmetleri geliştirilmiştir. Bu adımlar, palyatif bakımın ülkemizdeki önemine dikkat çekmiştir (Ozgul vd., 2011).

Bakım sağlama süreci, bakım ihtiyacı olan ve bakımı üstlenen kişi için oldukça karmaşık bir süreçtir. Dünya genelindeki gibi ülkemizdeki kadınların da iş hayatında aktif rol alması, geniş aile yapısının çekirdek aileye dönüşümü, evlerin ebat olarak minimize edilmesi ve ekonomik zorluklar gibi sebeplerle aile içinde bakım sağlamak günden güne güçleşmektedir. Sonuç itibarıyla aile üyelerine yönelik bakım hizmeti sağlamanın kolaylaştırılması için sunulacak olan hizmetlerin geliştirilmesi daha da önemli hale gelmektedir (Tanlı, 2011). Bu etkenlerden de kaynaklı olmak üzere Palyatif bakım hizmetlerinin popülerliği günden güne yükselmektedir.

Bakım hizmetleri, resmi bakım (formal) ve gayri resmi bakım (informal) olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılabilir. Resmi bakım, kamu ve özel kuruluşlar tarafından sunulan düzenli bir hizmettir. Gayri resmi bakım ise bakım ise aile bireyleri, akrabalar, komşular veya dostlar tarafından gönüllü olarak sağlanan ücretsiz bir destek şeklidir (Özyeşil vd., 2014). Resmi bakım hizmetlerinin en önemli bölümü palyatif bakım olmakla birlikte evde bakım ve sağlık hizmetlerini de kapsar. Gayri resmi bakımda ise, bakıma ihtiyacı olan ve bakımı sağlayan birey için birçok çeşitli zorlukların yaşanabildiği bir süreçtir. Dünya genelinde ve ülkemizde bakım hizmetinin çoğunluğu resmi olmayan bakım sağlayıcılar tarafından sunulmaktadır. Ekonomik güçlükler başta olmakla beraber sosyo-kültürel yönlerin oluşturulduğu hasta bakımının aile koruması olarak görülmesi bunun en büyük nedenleridir (Oğlak, 2007).

Palyatif bakımda bakım veren hasta yakınları bakım rolleri ile orantılı olarak çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar (Enguidanos, 2014). Bakım verenlerin yaşadığı bu güçlükler birkaç şekilde özetlenebilir; bakım desteğinin yetersiz olması, bakım alanda gelişen hayati öneme sahip semptomlara tanık olma

ve hastayı kaybetmeye dair endişelenme, bakım vermede gerekli ekipmanlar hakkında yeterli bilgi sahibi olmama, fiziksel güçsüzlük, maddi zorluklar, yıpranma, umutsuzluk, yeterli olamama düşüncesi, uykusuz kalma ve bunların hepsinin oluşturduğu depresyon (Oechsle, 2020). Bakım veren kişiye bakım verdiği kişinin sorumluluğunu üstlenmesi ekstra ekonomik ve ruhsal bir yük katmaktadır. Zamanla artan bu yüklerin bakım sunan bireye fiziksel, mental ve sosyal yönden negatif etkileri olabilmektedir. Yapılmış olan çalışmalarda, bakımı gerçekleştirenlerde çeşitli enfeksiyonlar ve depresyon ilk sırada olmakla birlikte; anksiyete ve tükenmişlik sendromları gibi psikiyatrik sorunların oranında artış görülmüştür (Deeken vd., 2003; Şahin vd., 2009).

2. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı

Geleneksel olarak sağlık konsepti, kendisini hastalığın yokluğu olarak düzenlerken, modern tıp ve sağlık anlayışı gövdeleri bütüncül varlıklar olarak ele almaya yönelmiştir. Artık sağlık, palyatif bakım kılavuzlarının önerdiği gibi sadece sahip oldukları iyilik nedeniyle sınırlamaları olmayıp, psikolojik, sosyal ve manevi kurumlar da içeren bir kavram haline gelmiştir (Dünya Sağlık Örgütü).

Palyatif kelimesinin anlam karşılığı olarak "rahatlatmak, yatıştırmak, dindirmek, koruyucu, pelerin gibi örtmek" ifadelerini içerdiği görülür. Kökeni Latince olan "Palliate (Palliare)", koruyucu ya da kapsayıcı anlamına sahiptir. İngilizce'de ise "Palliative" hafifletici, rahatlatıcı, geçici çözüm anlamına gelir (Kabalak vd., 2013). Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, yaşam tehdidi olan, ölümlü mücadele eden hastaların ve ailelerinin spiritüel, psikososyal, fiziksel diğer sorunlarıyla birlikte hastanın ağrılarının değerlendirilmesi; erken teşhisle acının hafifletilmesi, tedavisi edilmesi ve önlenmesi boyunca yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bir yaklaşımdır (Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organization). Tanı konulmasıyla başlayan ve yaşam sonuna kadar devam eden süreçte, palyatif bakım yaşam kalitesini olumsuz etkileyen etkenlerle mücadele edilmesine yardımcı olmaya odaklanmıştır (Aydoğan ve Uygun, 2011).

DSÖ palyatif bakımın yaşamı desteklediğini ve ölümün doğal bir süreç olarak kabul edilmesi gerektiğini beyan etmektedir. Ölümü hızlandırmak ya da geciktirmek gibi niyet taşımadığının altını çizmektedir. Palyatif bakımın hayata değer katan bir yaklaşım olduğunu ve ölümün insanlıkla saygı içinde karşılanması gerektiğini ifade etmektedir (Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organization) . Bunlara ek olarak palyatif bakım; hasta ve hasta yakınlarının ölümü doğal bir süreç olduğunu anlamalarına yardımcı olur. Hastalık ve yas sürecinde hasta yakınlarının desteklenmesine yönelik bir rol üstlenir (Dünya Sağlık Örgütü- World Health Organization).

Dünya Sağlık Örgütü, palyatif bakımın hastalık belirtilerini hafifletme, fiziksel yardımın yanı sıra ruhsal ve sosyal destekle birlikte hastalık sürecini tamamlama, hastanın yakınlarına bakım verme ve yas sürecinde psikolojik ve ruhsal destek sağlama, multidisipliner yaklaşımla hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamayı ve yaşam standartlarını arttırıcı bir etkisi olduğu şeklinde faydalarını tanımlamıştır (Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organization).

Palyatif bakım, artık tedavi edici tedavilere yanıt vermeyen hastalıklara sahip olan bireylere yönelik olarak uygulanan aktif ve bütüncül bakım şeklidir. Bu bakım, ağrı, biyopsikososyal ve ruhsal sorunların giderilmesini hedefler ve bu bireylerin ve aile üyelerinin yaşam deneyimini geliştirmeyi hedefler (Dünya Sağlık Örgütü). Palyatif bakımın temel hedefleri arasında; hastanın ve ailesinin acısını hafifletmek, yaşam kalitesini düşüren durumları, özellikle ağrı gibi unsurları azaltmak yer almaktadır. Hastaların son güne kadar günlük yaşam aktivitelerinde mümkün olduğunca aktif olmalarını kolaylaştırmak amaçları arasında bulunmaktadır. Hastanın sadece fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda hastayı psikososyal ve spirüitüel yönleriyle de ele almayı hedefler. Bir diğer hedefi de hastaların hastalıklarının kabullenmelerini ve gelecekleri için umutla hayata tutunabilmelerini sağlamaktır (Elçigil, 2012).

Palyatif bakımın temel hedeflerinden biri, hasta birey ve bakım verenin ihtiyaçlarını karşılamaktır (Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organization). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım, hastanın değerlerine ve tercihlerine saygı göstermeyi, anlaşılır ve açık bilgi sağlamayı, karar verme sürecinde bireyin otonomisini korumayı ve fiziksel konfor ve duygusal destek ihtiyaçlarını karşılamayı içeren hasta ve aile odaklı bir bakım yaklaşımıyla hizmet sunmayı hedeflemektedir. Bu sebeple, palyatif bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi ve organizasyonunun belirlenmesinde hasta ve hasta yakınlarının deneyimlerinin dikkate alınması da önemlidir (Velo ve Tripodoro, 2016).

Palyatif bakım hizmeti, işbirliği ve koordinasyonla yürütülen bir süreçtir. Bu süreç iletişim, semptom kontrolü, bakım sürekliliğinin sağlanması, öğrenme faaliyetleri, bakım sağlayıcının desteği ve yaşam sonu bakım gibi yedi altın standarda dayanır (Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organization).

Daha çok insanların yaşamına yıllar değil, yıllarına yaşam katmayı hedeflemiştir. Bu nedenle bireylerin yaşamasına ve ölümü en iyi şekilde karşılamasına yardımcı olan uzmanlaşmış bir yaklaşımdır.

3. PALYATİF BAKIM İHTİYACI OLAN HASTALIKLAR

Palyatif bakım, insan yaşamını tehdit eden ve yaşam kalitesini etkileyen birçok hastalıkta gerekmektedir. Tedavisi gerçekleştirilemeyecek hastalıklar veya tedavi sonuçları belirsiz olan durumlarda palyatif bakım ihtiyacı doğmaktadır.

Önceden, palyatif bakımın odak noktası genellikle kanser tanısı konmuş hastalara yönelikti. Ancak daha sonra, diğer hastaların da palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu ve bu bakımı alması gerektiği kabul edildi (Smith, 2012). Palyatif bakım, yalnızca yetişkinlere değil çocuklara da sunulabilmektedir. Palyatif bakım hizmetleri, çocuklar ve yetişkinler arasındaki biyolojik farklılıklar ve hastalıklara bağlı olarak farklı niteliklere sahiptir (Turgut ve Soylu, 2020).

DSÖ - WPCA palyatif bakım ihtiyacı olan tıbbi durumları şöyle belirtmiştir:

Erişkinlerde Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hastalıklar: Kanserler, Alzheimer, demans kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, HIV/AIDS, böbrek yetmezliği, multiple skleroz, parkinson hastalığı, romatoid artrit.

Çocuklarda Palyatif Bakım İhtiyacı Olan Hastalıklar: Kanserler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar (World Health Organization; Houttekier vd., 2011).

Bu liste sadece örneklerdir ve palyatif bakım ihtiyacı olan hastalıklar çeşitlilik gösterebilir. Her hasta bireysel değerlendirme ve ihtiyaçlara göre palyatif bakım hizmetlerinden yararlanabilir.

4. PALYATİF BAKIM ALAN HASTALARIN AİLELERİNİN YAŞADIĞI PROBLEMLER

Aile, zorlu bir sağlık sorunuyla başa çıkma ve uyum sağlama çabalarını anlatırken ilk adım, hastanın yanı sıra hastalığın psiko-sosyal etkileriyle karşılaşan tüm bireyleri içeren bir model oluşturulmasıdır. Sonraki girişimde ise hastalığın birey ve aile üyeleri üzerindeki etkilerini ve bu etkileşimlerin normatif bir çerçevede nasıl şekillendiğini tanımlamak önemlidir. Her aile, kendi benzersiz dinamikleri, zorlukları ve sorunlarıyla karşılaşabilir. Herhangi bir ailede, ciddi bir hastalık ya da başka türden zorluklarla başa çıkma süreciyle ilgili sorunlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle son olarak da normal veya mükemmel aile kavramı yerine, her ailenin kendi içinde sorunlar yaşayabileceği kabul edilmelidir.

Carter ve McGoldrick (1980), ailelerin yaşam döngüsü boyunca çeşitli zamanlarda çeşitli yaşamsal sorunları ya da sorumlulukları olabileceğini ifade etmektedirler. Kronik bir hastalıkla mücadele etmek, yaşamın hangi döneminde olduğu fark etmeksizin yorucudur. Hayati tehlikesi olan kişiye bakım verme, bakım sağlayan yakınlarını çeşitli yönlerden etkilemektedir (Stetz ve Brown, 1997). Bakım veren bireyin yaşadığı zorluk hissi, kendi yaşam deneyimine ne ölçüde etki ettiğini ortaya koyar. Bakım veren bireyin bu algısı, diğer aile üyeleri veya sağlık çalışanlarının hissettiklerinden oldukça farklıdır. Kronik veya sürekli kötüleşen bir hastalık durumunda, bakım verenler sorumluluklarının yol açtığı zorluklarla baş etmektedirler (Kasuya vd., 2000). Bakım verenler, görevleri ve sorumlulukları nedeniyle sıklıkla önceki olan ilişkilerinden ve sosyal yaşantılarından uzaklaşabilirler. Bu durum, bakım veren bireyin bu süreçte sağlığını ve refahını negatif şekilde etkileyebilir. Bakım alanın asla bitmek bilmeyen gereksinimleri nedeniyle yorgunluk, halsizlik gibi fiziksel problemler görülebilir. Fiziksel yorgunluk ve bakım verenin sağlığındaki olumsuz etkiler, depresyon ve anksiyete seviyelerinin arttırmasına yol açabilir. Ayrıca, geçmişte unutulmuş çatışmaların ve hayal kırıklıklarının yeniden ortaya çıkmasıyla birlikte psikolojik kontrol kaybı yaşanabilir (Toseland vd., 2001).

Gelecek kaygısı, gelirden azalma veya kaybolma, desteklerin ve arkadaşlıklarının bitmesi ile birleştiğinde, bakım verenler için başa çıkması zor bir durum ortaya çıkabilir. Bu ağır yük ve sonu gelmeyen sorunlar altında, bakım verenler hassa, kırılabilir, fiziksel ve duygusal açıdan tükenmiş duruma gelebilir (Özgen, 2000). Primer bakım vericilerin yaşadıkları sorunlar genel olarak fiziksel, emosyonel, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlarda çeşitli zorlukları da birlikte getirdiği ifade edilebilir (Allender ve Spradley, 2001).

4.1. Fiziksel Zorluklar

Hasta yakınları tarafından bakım verme sürecinde oluşan stres sonucunda hasta yakınlarının sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir. Bakım veren kişilerde sindirim güçlüğü, iştahta değişim, düzensiz beslenme alışkanlıkları, baş ağrısı gibi şikayetler artabilmektedir. Aynı zamanda uzayan yorgunluk hissi, vücut ağırlığında değişimler, yeterli süre uyuyamama, fibromiyalji, adaptasyon sorunları, giyim kuşamda dağınıklık ve bakım verenin kişisel zamanına yeterince vakit ayıramaması gibi etkilerle sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir (Kasuya vd., 2001; Toseland vd., 2001). Hastanın bakımını sağlayan bireylerin vermeyenlere nispeten fazla sağlık sorunları, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiyovasküler sorunlar gibi fiziksel sağlıkta fark edilir değişiklikler yaşadıkları tespit edilmiştir (Sezgin ve Hektaş, 2021). Beesley ve arkadaşlarının çalışmalarında yorgunluk ve ağrı benzeri bulgulara

sahip bakım verenleri fiziksel fonksiyonlarının yetersizliği saptanmıştır. Siegel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise; bakım veren kişilerin %17'sinin uyku problemi görüldüğü ve dinlenmeye ayırdıkları zamanda kısılma olduğu tespit edilmiştir (Şentürk vd., 2018).

4.2. Emosyonel Zorluklar

Duygusal açıdan; huzursuzluk, uyku düzeninde bozukluklar, düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon, depresyon, eleştirel davranışlar, sorun çözmede zorlanma, sigara ve ilaç ihtiyacında artış ve mahremiyet problemi gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Kinsella vd., 1998). En yaygın karşılaşılan belirtilerin başında stres ve anksiyete gelmektedir (Mulatilo vd., 2000). Bakımı gerçekleştiren birey, bakım sürecinde yaşadığı anksiyete duygusunu tüm yaşamına yayabilir. Stres veya bastırılmış duygularını ifade etmekte zorlanan kişilerin genellikle depresyon belirtileri gösterme eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir. Sorunlarını paylaşmanın, bakım sürecinde ortaya çıkan kaygı ve baskıları büyük ölçüde azaltıcı etkisi olduğu görülmektedir (Kasuya vd., 2000).

Bir hastaya bakım vermek bakım verenin rutin yaşam düzeninin bozulmasına neden olmaktadır. Bakım veren bireyler kendi yaşamlarındaki kontrollerini kaybettiklerini düşünebilirler. Bunun sonucunda güçsüzlük, istek ve ihtiyaçlarını karşılamada yaşayacakları güçlükler nedeniyle suçluluk duygusu yaşadıkları görülmüştür (Kabalak vd., 2013).

4.3. Sosyal Zorluklar

Yapılmış olan çalışmalarda hastaya bakımıyla ilgilenen bireylerin sosyal yaşantılarının azaldığı, sahip oldukları rollerde değişiklikler olduğu ve alışılmış günlük hayatlarının etkilendiği görülmüştür (Smith vd., 2012). Hasta bakımıyla meşgul olan bireyler, sosyal hayatlarından, aile ve arkadaş çevrelerinden uzaklaşarak fedakarlıklar yapmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durumda, eğlence, dinlenme ve boş zaman aktivitelerinden feragat etmek gerekebilir. Bu fedakarlıkların sonucunda, sosyal çevrelerinde ve desteklerinde azalma, bakım verme konusunda tek başına kalma hissi ve sosyal hayattan uzaklaşma gibi karşılaşma olasılıkları artmaktadır (Clark ve Chia, 2002).

4.4. Ekonomik ve İş İle İlgili Zorluklar

Hasta yakınlarının bakım sürecinde karşılaştığı ekonomik sorunlar gerçekten zorlayıcı olabilir. Sağlık sigortası kapsamında olmayan bakım masrafları, aileleri maddi olarak zor durumda bırakabilir ve bakım verenin çalıştığı işten ayrılması, gelir kaybına yol açarak ekonomik güçlüklerin artmasına neden olabilir (Şentürk vd., 2018).

5. BAKIM VERME VE BAKIM YÜKÜ KAVRAMLARI

Bakım sağlama, hastanın tamamlayıcı ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilerek, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bakım sürecinin planlanmasını ve uygulanmasını sağlamayı içerir. Bu süreçte, hastanın maddi, fiziksel, sosyal ve duygusal destek gereksinimlerinin düzenlenmesini içerir. Ayrıca, hastalara sunulan bakım etkinliklerini ve sorumluluklarını üstlenme sürecidir (Aşiret ve Kapucu, 2012).

Bakım gereksinimi duyan hastalar fiziksel ve sosyal olarak fonksiyonlarını yerine getirememektedir. Bu nedenle, başka bir kişiye bağımlı hale gelirler ve üretkenliklerini kaybederler. Sosyal hayattan izole olurlar, günlük ihtiyaçlarını karşılayamazlar, ilaçlarını kullanmak ve sağlık kontrollerini sürdürebilmek için başkalarının desteğine ihtiyaç duyarlar. Ayrıca, yaşamın birçok alanında kendilerine bakım sağlayacak bir destekçiye gereksinim duyarlar (Kabalak vd., 2013).

Bakım veren bireyler tarafından sağlanan bakım, geniş kapsamlı bir durum olarak değerlendirilir. Bakım verme sadece hastaya yardım etmekle sınırlı değildir; aynı zamanda maddi, manevi ve duygusal destek de gerektirir. Bu nedenle, bakım vermenin hem hastaya hem de bakım sağlayan kişiye birçok olumlu katkısı vardır. Bunlar arasında samimiyet ve sevgi duygusunun kişiler arasındaki ilişkide artması, kişisel gelişim, bireylerin öz saygısının artması, kişisel tatmin sağlama, sosyal destek alma gibi etkiler yer almaktadır. Ancak, bu olumlu etkilerin yanı sıra bazı olumsuzluklar da vardır. Bakım verme genellikle ülkemizde aile üyeleri tarafından karşılanır ve bu durum başlangıçta kişinin sorumluluğu olarak algılanır, uyum süreci sonradan gelişir. Aile üyelerine bakım veren bireylerin günlük rutinlerinin değişmesine neden olur (Orak ve Sezgin, 2015; Sezgin ve Bektaş, 2021). Bakım verme sorumluluğunun artmasıyla birlikte ortaya çıkan süreç, bakım veren bireyin yaşamında zorluklarla dolu, tek yönlü ve uzun süren bir mecburiyet haline dönüşmektedir. Bakım veren bireylerin bakım verirken yaşadığı fiziksel, sosyal, psikolojik ve finansal anlamda yaşadığı zorluklar bakım yükü olarak adlandırılmaktadır ve bu da kişide bağımlılığa ve sıkıntıya sebep olur (Zarit, 2004).

Bakım yükü artışı, bakım verenler açısından çeşitli sıkıntıların, tek taraflı bağımlılığın ve uzun süreli zorunlulukların ortaya çıktığı bir ilişkiye dönüşebilir. Bu durum, bakım verenlerin yaşamlarında diğer isteklerinden kaynaklanan çatışmalarla birleşerek, bakım verme görevini ağırlaştırır (Aires vd., 2017). Montgomery ve arkadaşları, araştırmalarında bakım vermenin yükünü iki farklı şekilde değerlendirmişlerdir. İlk olarak, nesnel yük olarak adlandırılan boyutta, ev halkının ve bakımı gerçekleştiren kişinin

yaşamlarında ortaya çıkan değişiklikler ve zorluklar yer almaktadır. Diğer boyut ise öznel yük olarak adlandırılmış olup, bakım verenin davranışsal ve duygusal tepkilerini içermektedir. Bu tepkiler, bakım verme sürecinde yaşanan deneyimlerle ilişkilidir (Montgomery vd., 1985).

Nesnel Yük: somut bir yapıya sahip olan ve bakım sağlayıcının hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için harcadığı fiziksel iş yükü, zaman v enerji olarak tanımlanır. Bakım yükü, bakımı sağlayan bireyin yaşamı üzerinde birçok etkiye sahiptir ve ayrıca bakım verme sürecinin gerektirdiği talepler nedeniyle kişinin sosyal yaşamındaki roller arasında çatışmalara yol açar. Bu çatışmalar, aile ilişkileri, günlük rutinler, eğlence, çalışma, hobiler, sosyal aktiviteler, sosyal ilişkiler gibi alanlarda sorunlara neden olur ve aynı zamanda hastalığın ekonomik etkilerini de içerir. Bu tür çatışmalar, hastalığın nesnel yükünü oluşturan faktörler olarak değerlendirilir (Ribé vd., 2018).

Öznel Yük: hasta bakımında nesnel yüklerle başa etmeye çalışırken, bakımı sağlayan veya yardım eden kişilerde ortaya çıkan zorluklar olarak ifade edilebilir. Araştırmacılar, öznel yükü, bakım verenlerin duygusal durumlarında görülen değişiklikler, duygusal tepkiler ve tutumlar olarak da ifade etmiştir. Bu durumlar genellikle olumsuz durumlarla ilişkilidir. Kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler öznel yükün varlığını gösteren belirtilerin başında gelir ve bu tepkileri, bakım verme sürecinde ortaya çıkan depresyonun da belirtileridir. Tüm bunlar da yük skorlarının artmasına yol açar (Webb vd., 1998; Aragün vd., 2011).

6. PALYATİF HASTALARINDA HASTA YAKINLARININ BAKIM YÜKÜ VE ETKİSİ

Bakım sağlama süreci, bakıcıların sağlık durumunu ve yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebilir (Bauer ve Sousa-Poza, 2015). Bakıcıların aileleri ve arkadaşlarıyla normalden daha az zaman geçirmeleri, duygusal stres düzeyinde artış yaşamaları ve iyi bir gece uykusu çekme, egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme gibi kişisel bakım aktivitelerini ihmal etme ihtimalleri yüksektir (Collins ve Swartz, 2011). Bakım verenler, bakıcı yükü riski altındadır (Chang vd., 2010). Bakıcı yükü, hasta bir bireye bakım vermektan kaynaklanan algılanan stres ve olumsuz değerlendirmelere verilen çok boyutlu bir yanıt olarak ifade edilmiştir (Kim vd., 2012).

Bakım veren bireye ait risk faktörleri olarak literatürde belirlenen risk faktörleri; yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, kültürel etkenler, hastayla olan yakınlık derecesi, bakım vermek istememe konusunda tercihinin olamaması, depresyon, ekonomik kaygılar, stresle başa çıkma yöntemleri, bakım alan

kişiyile aynı evde yaşamak, uzun süreli bakım, depresyon durumu, sosyal izolasyona sahip olmak olarak sıralanabilir (Adelman vd., 2014).

Hastalarıyla ilgilenen, hastalarına özen gösteren bakım veren kişiler, kendilerini risk altında olan gizli hastalar olarak ifade edebiliriz; çünkü yaşadıkları bakım yükü ve olumsuz etkileri dikkate alındığında, kendi sağlıkları da tehlikede olabilir. Bakım sağlayan bireyler çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Aynı zamanda bakıma ihtiyaç duyan hastalarda psikososyal değişiklikler, demans, inkontinans, kronik sağlık sorunları ile bilişsel ve davranışsal değişiklikler meydana gelebilir. Bu değişiklikler, en çok bakım verenleri etkilemektedir. Bakım verenlerde, bakım sunma eyleminden kaynaklı iştahsızlık, uyku sorunları, sindirim sorunları, kronik yorgunluk, alkol ve sigara tüketiminde artış, saldırgan davranışlar ve öfke gibi fiziksel ve duygusal tepkiler ortaya çıkabilir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017). Bu durumdan kaynaklı, bakım sunan kişinin strese maruz kalma düzeyi artmakta ve tükenme hissi yaşamasına neden olmaktadır. Bakım sağlayan birey, yüksek düzeyde kaygı, bunalım gibi zorluklarla karşılaştığında, tükenmişlik belirtileri sergilediği düşünülmektedir (Judge vd., 2011). Bedard, Koivuranta ve Stuckey tarafından yapılmış araştırmalarda; bilişsel yetenekleri sınırlı olan hastalara bakım veren bireylerde fiziksel ve psikolojik rahatsızlık olasılığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Zaybak vd., 2012). Sonuç itibariyle, bakım veren kişilere, bakım hizmetine devam ettirebilmek için psikolojik ile maddi ihtiyaçlarını karşılama noktasında destek ve gerekli yardım sağlanması gerekmektedir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017).

SONUÇ

Bakım yükünün artması ile tükenmişlik duygusu da orantılı olarak artmaktadır. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı, bakım yükünden negatif etkilenmektedir. Hem bakım verenler hem de görenler, tükenmişlik durumundan olumsuz etkilenir. Bakım ihtiyacının yanı sıra bakım verenlerin de sağlık ve sosyal açıdan değerlendirilmesi önemlidir.

Sağlık personellerine de farkındalık eğitimleri verilmeli ve bakım verenlere psikososyal destek sağlanarak bakım yükü hafifletilmelidir. Sosyal hizmet uzmanlarından destek almak, sunulan bakım hizmetinin başka kişiler tarafından da paylaşmak bakım yükünü ve tükenmişlik hissini azaltılmasına sağlar ve sonuç olarak da bakım hizmetlerinin kalitesinin arttırmasına fayda sağlayacaktır. Böylece, bakım verenler ve bakım görenler arasındaki ilişkilerde daha iyi bir denge sağlanabilir ve her iki tarafın da sağlık ve refahı iyileştirilebilir (Eğici vd., 2019).

KAYNAKLAR

- Sahin, S., Toprak, S., & Unal, E. (2012). QALY: quality adjusted life year. *Med-Sci*, 1(3), 232-243.
- Palliative Care-World Health Organization. Erişim Adresi: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Erişim Tarihi: 01.05.2023.
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of pain and symptom management*, 45(6), 1094-1106.
- Ozgul, N., Koc, O., Gultekin, M., Goksel, F., Kerman, S., Tanyeri, P., ... & Sencan, I. (2011). Opioids for cancer pain: availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Türk Project. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, S29-S32.
- Tanlı, S. (2011). Utku T. Evde bakımda organizasyon ve etik sorunlar. <http://www.yogunbakimderg.com/sayilar/28/buyuk/58-63.pdf> son erişim tarihi: 05.05.2023.
- ÖZYEŞİL, Z., Oluk, A., & Çakmak, D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1).
- Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Türk Geriatri Dergisi* 2007, 10 (2):100- 8.
- Enguidanos, S., Housen, P., Penido, M., Mejia, B., & Miller, J. A. (2014). Family members' perceptions of inpatient palliative care consult services: a qualitative study. *Palliative medicine*, 28(1), 42-48.
- Oechsle, K., Ullrich, A., Marx, G., Benze, G., Wowretzko, F., Zhang, Y., ... & Bergelt, C. (2020). Prevalence and predictors of distress, anxiety, depression, and quality of life in bereaved family caregivers of patients with advanced cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 37(3), 201-213.
- Deeken, J. E., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff, K. R., & Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of pain and symptom management*, 26(4), 922-953.
- ŞAHİN, Z. A., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 1-9.
- Dünya Sağlık Örgütü DSÖ. Palyatif Bakımın Tanımı. Erişim Tarihi: 10.05.2023 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
» <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

- World Health Organization(WHO),2020,Palliative Care, <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/>, Erişim tarihi:05.05.2023.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., & Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.
- Aydoğan, F., & Uygun, K. (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24(3), 4-9.
- Noncommunicable– World Health Organization. Diseases. Erişim Adresi:<https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/noncommunicablediseases> Erişim Tarihi:24.04.2023.
- İnternet: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care> Erişim tarihi: 01.05.2023
- Elçigil, A. (2012). Palliative care nursing. *Gulhane Tıp Dergisi*, 54(4), 329.
- Palliative Care-World Health Organization. Erişim Adresi: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/palliativecare>.Erişim Tarihi:<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim Tarihi: 28.04.2023.
- Veloso, V. I., & Tripodoro, V. A. (2016). Caregivers burden in palliative care patients: a problem to tackle. *Current opinion in supportive and palliative care*, 10(4), 330-335.
- Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... & Von Roenn, J. H. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of clinical oncology*.
- TURGUT, A. Ş., & SOYLU, G. (2020). Palyatif bakım hasta yakınları ile nitel bir çalışma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 460-476.
- WHO-WPCA (2014). (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance). Global Atlas Of Palliative Care At The End Of Life. World Health Organization2014.ErişimAdresi: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf Erişim Tarihi: 27.04.2023
- Houttekier D, Cohen J, Surkyn J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *Bmc Public Health* 2011;11:228.
- Stetz K, Brown AM. Taking care: Caregiving to persons with cancer and AIDS *Cancer nursing*. 1997; 20(1): 12-22.
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., & Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. *Postgraduate medicine*, 108(7), 119-123.
- Toseland RW, Smith G, McCallion P. Handbook of Social Work Practice With Vulnerable and Resilient Populations. In: Gitterman A. (ed); Family Ca-

- regivers of the Frail Elderly, New York, Columbia University Press, 2001: 37-44.
- Özgen, G. (2000). Yaşlı olgularda bakım sorunları ve bakım verenlerin durumu. *Demans dizisi*, 2.
- Allender, J. A., & Spradley, B. W. (2001). Clients in home health, hospice, and long-term settings. *Community Health Nursing Concepts and Practice*, 5, 739-753.
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., & Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. *Postgraduate medicine*, 108(7), 119-123.
- Şentürk, S., BIÇAK, D., & Derya, A. K. Ç. A. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 35-39.
- Kinsella, G., Cooper, B., Picton, C., & Murtagh, D. (1998). A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care. *Journal of palliative care*, 14(2), 37-45.
- Mulatilo M, Taupau T, Enoka I, Petrini MA. Teaching Families To Be Caregivers For The Elderly. *Nursing and Health Sciences* 2000, 2(1): 51-8.
- Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., ... & Von Roenn, J. H. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of clinical oncology*.
- Clark, P. C., & Chia, V. (2002). Caring for disabled older adults: Ethnic differences and commonalities. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 6(3), 11-16.
- Aşiret GD, Kapucu S. “İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü”. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2012, 14(2): 212- 218.
- Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/ Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(1).
- SEZGİN, M. G., & BEKTAŞ, H. (2021). Lenfoma Hastalarıyla Yaşayan Aile Üyelerinin Bakım Verme Yüğü. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 8(1), 1-14.
- Zarit, S. H. (2004). Family care and burden at the end of life. *Cmaj*, 170(12), 1811-1812.
- Aires, M., Mocellin, D., Fengler, F. L., Rosset, I., Santos, N. O. D., Machado, D. D. O., ... & Paskulin, L. M. G. (2017). Association between filial responsibility when caring for parents and the caregivers overload. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 767-774.

- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family relations*, 19-26.
- Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., & Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 22(1), 25-33.
- Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, K. T., Gladis, M., Mensch, E., DeGirolamo, J., & Levinson, D. F. (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: the role of coping style and social support. *Schizophrenia research*, 34(3), 169-180.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- Bauer, J. M., & Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *Journal of population Ageing*, 8, 113-145.
- Collins LG, & Swartz K. (2011). Bakıcı bakımı . *Amerikan Aile Hekimi* , 83 (11), 1309–1317.
- Chang, H. Y., Chiou, C. J., & Chen, N. S. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50(3), 267-271.
- Kim H., Chang M., Rose K. ve Kim S. (2012). Demanslı bireylerin bakım verenlerinde bakıcı yükünün yordayıcıları . *İleri Hemşirelik Dergisi* , 68 (4), 846–855. 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060.
- KALINKARA, V., & KALAYCI, İ. (2017). YAŞLIYA EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN BİREYLERDE YAŞAM DOYUMU, BAKIM YÜKÜ VE TÜKENMİŞLİK. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.
- Judge, K. S., Bass, D. M., Snow, A. L., Wilson, N. L., Morgan, R., Looman, W. J., ... & Kunik, M. E. (2011). Partners in dementia care: a care coordination intervention for individuals with dementia and their family caregivers. *The Gerontologist*, 51(2), 261-272.
- Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;15:1.
- Eğici, M., Can, M., Toprak, D., Öztürk, G., Esen, E. S., Özen, B., & Sürekci, N. (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research In Nursing*.

Spiritüel Bakımda Hemşirenin Yönetimi

Papatya Karakurt¹

Meryem Fırat²

Özet

Spiritualite kavramına ilgi 1960'larda özellikle ikinci dünya savaşı sonrasında artmıştır. Spiritualite kavramına ilginin artmasının nedenleri olarak; maddi şeylerin mutluluk getirmemesi, modern bilimin ölüm, acı çekme ve kayıp karşısında insanların yaşadığı kişisel anlam kaybını göstermede yetersiz kalması, ağrı gibi birçok problemin bilimsel yaklaşım ile çözülememesi, şiddet gibi sosyal ve kültürel problemlerin artışına cevap bulma isteği, huzurlu, anlamlı yaşam ve ilişki arayışı gösterilmektedir. Spiritualite özellikle kriz ya da ciddi hastalık zamanlarında biyo-psiko-sosyal boyutları bütünleştirdiği için temel bir insan boyutu olup, sağlıkta da önemli rol oynamaktadır. Çünkü hastaların sağlık davranışları ve sağlık kararları üzerinde de etkili olabilmekte ve spiritüel deneyimlerin sağlık konusundaki inançlara yararları vurgulanmaktadır. Hastalara daha iyi bakım sunmak için, insani ve ahlaki onuru korumak, insan sağlığı üzerinde önemli etkisi olan spritualiteye daha fazla dikkat etmek ve bakım yeterliliğine sahip olmak gerekir. Bakım için gereken becerilere ilaveten hemşirelerin spiritual bakım alanında yetkin olabilmeleri için yeterlilik ve beceri kazanımı da gerekli görünmektedir. Çünkü spiritual konular yaşam kalitesi bozulan ve özellikle de yaşamı tehdit edici hastalıkları bulunan hastaların uyum sürecinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hastaların spritiual ve duygusal gereksinimlerini gözetmek genellikle hemşirelerin özel dikkatini gerektiren bir kalite bakım bileşeni olarak kabul edilmektedir. Hastaların iyileşmesinde ve sağlık hizmetlerinin işleyişinde bu kadar yararı olan spiritüel bakım, bu kritik birimlerde çalışan hemşireler için daha ön plana çıkmaktadır. Hemşireler hastalara bakım verirken maneviyat ve

1 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye, mail:pkarakurt@erzincan.edu.tr ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0330-9807>

2 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Erzincan/Türkiye, mail:meryemfirat@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4193-2299>

ölüm algısının farkında olmalılar. Hemşirelerin, manevi ihtiyaçları ve bakımı nasıl algıladıkları, gönüllülükleri, duyarlılıkları manevi gereksinimlerin karşılanmasında önemli bir rol oynamaktadır.

1. Giriş

Günümüzde spiritualite belirli bir dini inanç ya da geleneğe bağlı olmak zorunda **olmamakta** birlikte, din ile aralarındaki örtüşme dikkat çekici ve tutarlıdır. Bu nedenle dindarlık ve spiritualite farklı yapılar olmasına rağmen tamamen birbirinden bağımsız değildir (Yılmaz, 2023). Holistik yaklaşımın benimsenmesi ile bireylerin spirütial gereksinimlerinin önemi belirgin hale gelmiş olup, sağlık bakım hizmetlerinde uygulanan hizmetlere ek olarak yeni bir bakım ortaya çıkarak, spirütial boyutun sağlık ile ilişkili davranış ve tutumlar üzerindeki güçlü etkisi holistik bakım felsefesinin “ana unsuru” olarak görülmesini sağlamıştır (Erol 2020; Diego-cordero et al. 2021). Spirütial bakım, yaklaşık 15 yıldır Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) palyatif bakım tanımı tarafından tanınan ve bu tanımda yer alan palyatif bakımın özünde yer alan temel bir bileşeni olarak görülmektedir. Yaşam sonu bakımda hastaların manevi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak bireyselleştirilmiş bakım veren sağlık profesyonelleri için spirütial bakım büyük önem taşımakta olup, spirütialitenin hemşireler tarafından anlaşılması hemşirelik bakımının planlanmasında yol gösterici olacaktır (Gijsberts et al. 2019;Erol 2020; Rego et al. 2020).

Bireyin esas yönlerinden biri olan maneviyat, birey için farklı anlam ve duygu barındıran bir kavramdır. Bireyler kendi hayatları ve yaşam biçimleri içinde maneviyata öznel anlamlar yükleyebilmektedirler (Dossey and Keegan 2013). “Maneviyat, insanların nihai anlam, amaç aradığı ve kendisiyle, ailesiyle, başkalarıyla, toplulukla, toplumla, doğayla ve önemli veya kutsal olanla ilişkileri deneyimledikleri insanlığın dinamik ve içsel bir yönüdür. Maneviyat inançlar, değerler, gelenekler ve uygulamalar yoluyla ifade edilir” (Puchalski et al. 2014; Diego-cordero et al. 2021). Bu bağlamda, spirütial bakım, hastalıkların karmaşıklığının umut, kaygı, korku ve stres kaybına neden olan beklenmedik değişikliklerinin ve ciddiyetinin, hastaların kritik durumlarının değerlendirilmesinde yoğun bakım üniteleri (YBÜ’ler) ve acil servislerde özellikle önem arz etmektedir (Diego-cordero et al. 2021). Bazı çalışmalarda, bu ortamlarda manevi bakımın önemini zaten doğrulamış, stres, benlik saygısı ve depresyonda iyileşme, hastanede kalış süresinde azalma ve sağlık bakım maliyetlerinde azalma olduğunu göstermiştir. (Riahi et al., 2018; Abu-El-Noor, 2016).

Spiritualite birden çok anlamı yüklenerek günümüze kadar gelen bir kelimedir. Bu kelime onikinci yüzyılda da insan hayatının fiziksel yönünün

aksine psikolojik yönünü tanımlamak için kullanılırken, onbeşinci ve onaltıncı yüzyılda din görevlilerini temsil etmek için kullanılmıştır. Spiritualite kelimesi çağdaş anlamda ilk kez onyedinci yüzyılda kullanılmıştır. Yirminci yüzyılda kayda değer bir tanımı olmamakla birlikte birden çok dilde din ve dinle ilgili olmayan anlamlarda yaygın bir şekilde kullanıldığı belirtilmektedir. Spiritualite kelimesine olan ilgi özellikle ikinci dünya savaşı sonrasında 1960'lı yıllarda artmaya başlamıştır. Spiritualiteye olan ilginin artmasının sebepleri arasında; maddi şeylerin insanlara mutluluk getirmemesi, modern bilimin ölüm, acı çekme ve kayıp karşısında insanların yaşadığı kişisel anlam kaybını göstermede yetersiz kalması, ağrı gibi birçok problemin bilimsel bir yaklaşım yöntemiyle çözülememesi, şiddet gibi hem sosyal hem de kültürel problemlerin artışına yanıt arama isteği, huzurlu, anlamlı yaşam ve ilişki arayışı yer almaktadır (Kaçal ve Demirsoy, 2018). Spirialite “Spirit/ruh” kelimesi Latince “spiritus” (nefes, cesaret, canlılık veya ruh anlamına gelir) ve “spirare” (nefes almak) kelimelerinden türetilmiştir. Spiriatualite kavramı tüm kültürlerde ve toplumlarda bulunan, bütün insanların doğuştan getirdiği bir özellik olup, inançlar, değerler, gelenekler ve uygulamalar yolu ile ifade edilir. Genellikle insanların yaşamında temel bir boyut veya insan olmanın ayrılmaz ve evrensel bir boyutu, gizli yapılar olarak tanımlanabilir, doğrudan gözlenemez ancak, bazı unsurlardan anlaşılabilir. Bilim insanları spirialite ile ilişkili bilgilerin uzun bir süre, özellikle Müslüman ve Hristiyan toplumlarda inanç ve dini uygulamalar ile bağdaştırıldığı için dar bir çerçeve de ele alındığını, bu nedenle spiritual baş etme stratejilerinin dini inançlar sınırlandırıldığını bildirmektedir. Bu nedenle spirialitenin tanımlanmasında en önemli engelin din ile olan ilişkisi olduğu ileri sürülmektedir. Spiritualite, insanların varoluşlarına, amaçlarına ve kökenlerine anlam verme biçimleridir. Genel olarak başkaları ve dünya ile etkileşimlerini nasıl yönlendireceği ile ilgilidir (Yılmaz, 2023).

Fisher çalışmasında spirialitenin ortak özelliklerini aşağıdaki gibi açıklamıştır.

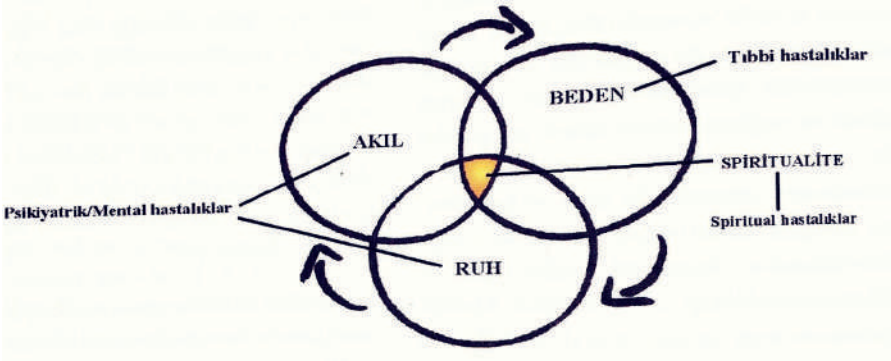
1-Bireysel (Kendisi/özü ile ilişki):Bir insanın yaşamındaki anlam, amaç ve değerler ile ilgili olarak kendisi/özü ile ilişkisidir. Öz-farkındalık, kimliğini ve kendine değer arayışında insan ruhunun itici gücü veya özsaygısıdır.

2-Toplumsal (Bşkaları ile ilişki):Ahlak, kültür ve din ile ilgili olarak, kendisi ve diğerleri arasında kişilerarası ilişkilerin derinliği ve kalitesini gösterir. Bunlar insanlığa sevgi, bağışlama, güven, umut ve inanç ile ifade edilir.

3-Çevresel (Çevre ile ilişkili):Çevre ile bütünlük duygusu da dahil olmak üzere fiziksel ve biyolojik dünyaya özen gösterme ve bakmayı kapsar.

4-Transandantal (Üstün güç ile ilişki):benliğin insani düzeyinin ötesindeki bir şey veya birisi ile ilişkisi (yani, nihai endişe, kozmik güç, üstün gerçeklik veya Tanrı). Bu, evrenin gizem kaynağına olan inancı, hayranlığı ve ibadeti içerir (Yılmaz, 2023).

Spiritualite özellikle kriz ya da ciddi hastalık zamanlarında biyo-psiko-sosyal boyutları bütünleştirdiği için temel bir insan boyutu olup, sağlıkta da önemli rol oynamaktadır. Çünkü hastaların sağlık davranışları ve sağlık kararları üzerinde de etkili olabilmekte ve spiritual deneyimlerin sağlık konusundaki inançlara yararları vurgulanmaktadır. Spiritualite, hastalık durumunda yaşamda anlam bulmanın yoludur. Örneğin, spiritualite terminal dönemdeki hastalarda yaşamın sonundaki umutsuzluğa karşı kritik bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte spiritual/dini inançlar bazen zararlı da olabilir. Olumsuz spiritual ve dini inançlar sıkıntıya neden olarak hastalık yükünü artırabilir. Bireyin yaşadığı krizi Tanrı'dan gelen bir ceza olarak görmesi durumunda yaşanan aşırı suçluluk, öfke duyguları, tedavinin gerçekleşmemesi daha fazla depresyon, daha düşük yaşam kalitesine neden olabilir. Ayrıca, bazen hastalar dini inançlarına dayanarak tıbbi tedaviyi red edebilirler (Yılmaz, 2023).



Şekil-1. Beden, ruh, akıl/zihin ve hastalıklar

1.2. Spiritual Bakım

Hasta bakımında, spiritual gereksinimlere dikkat edilmesi değişkendir ve sağlık bakım profesyonelleri genellikle hastalık yönetiminin fiziksel yönlerine odaklanmaktadır. Oysa spiritual bakım, hasta merkezli bakım olarak anlaşılmaktadır. Çünkü spiritual bakım, bütüncül bakım sağlamanın önemli bir parçasıdır ve hemşirenin rolünün büyük bir parçası olduğuna inanılmaktadır. Spiritual bakım, travma, hastalık, keder ve ıstırap ile karşı

karşıya kalındığında, insanların spiritual gereksinimlerini belirlemek ve bunlara yanıt vermektir. Spiritüel bakım, insanların dindarlığını ve/veya spiritualitesini tanıyan ve spiritual gereksinimlerine yanıt veren bakımdır. Hastalara daha iyi bakım sunmak için, insani ve ahlaki onuru korumak, insan sağlığı üzerinde önemli etkisi olan spritualiteye daha fazla dikkat etmek ve bakım yeterliliğine sahip olmak gerekir. Bakım için gereken becerilere ilaveten hemşirelerin spiritual bakım alanında yetkin olabilmeleri için yeterlilik ve beceri kazanımı da gerekli görünmektedir. Çünkü spiritual konular yaşam kalitesi bozulan ve özellikle de yaşamı tehdit edici hastalıkları bulunan hastaların uyum sürecinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hastaların spritiual ve duygusal gereksinimlerini gözetmek genellikle hemşirelerin özel dikkatini gerektiren bir kalite bakım bileşeni olarak kabul edilmektedir. Spiritüel bakım, öncelikle hastanın spiritual gereksinimlerinin değerlendirilmesine dayanır. Bilindiği üzere hemşirenin temel işlevleri; sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek ve acıyı hafifletmektir. Bu da bireyin, fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal, entelektüel, gelişimsel, kültürel ve spiritual gereksinimlerine yanıt vermek anlamına gelmektedir. Ancak spiritual bakım, hemşirelik tarihi boyunca dindarlık biçiminde var olmuş ve bütüncül bakımı tehdit eden spiritual boyut ihmal edilmiştir. Bunun nedeni, spiritual boyutun bakımın önemli bir parçası olarak görülmemesidir. Hemşirelik bakımında spiritual boyutun gündeme gelmesi son 20 yılda gerçekleşmiş, araştırmacılar ve uygulayıcılar hemşirelerin spiritual gereksinimlerini de içeren bütüncül bakım vermesinin hasta sonuçlarını iyileştirebileceğini kabul etmiştir. Buna ilaveten hemşirelik kuramcıları, örneğin, Neuman, Roper ve diğer bazı kuramcılar teorilerine spiritualiteyi dahil etmek ve böylece bütüncül bakımı ele almak için kuramlarını revize etmiştir (Yılmaz, 2023).

Spiritual ve dini gereksinimler genellikle önemli bir kayıp yaşanması, yaşamı tehdit eden ya da sınırlayan bir hastalık ile tanılanma durumunda, yaşam krizleri ve yaşlanma sürecinin bir parçası olarak gündeme gelebilmektedir. Bu durumda bireyler, dini baş etme mekanizmasını benimseyebilir. Bazı insanlarda ise, bu durumlar inançlarını, Tanrı ile ilişkilerini ve toplumdaki rolünü sorgulamalarına neden olabilecek spiritual bir deneyim ortaya çıkabilir. İncanın doğrulanması ve yeni bir inanç geliştirme hastaların hastalıklarına uyumunun bir parçası olabilir. Spiritualite, dindar olan birçok insan için yaşamı yönlendiren bir dizi inanç olarak görülebilir. Bireyin inançları sağlık konusundaki uygulamalarını etkileyerek destekleyici işleve sahip olabilir. Bu nedenle, hemşirelerin hastaların sağlık inançlarını ve ritüellerini belirlemesi ve spiritual destek sağlamaları önemlidir. Hemşirelerin spritiual bakım sağlama konusundaki sorumlulukları, bilimsel bir yöntem olan hemşirelik sürecindeki gibi veri toplama, tanılama, planlama, girişim

ve değerlendirmeyi kapsar. Birçok sağlık bakım profesyoneli spiritual bakımı sağlık hizmetinin önemli bir boyutu olarak kabul etmektedir. Ancak yine de bakım verdikleri insanların spiritual gereksinimlerini ele alma konusunda kendilerini yeterli hissetmeyebilirler. Bu konuda yapılmış çalışmalarda hemşirelerin, hastaların spiritual bakım gereksinimlerinin karşılanmasının önemli olduğuna inandıkları ancak, spiritual bakım vermek için kendilerini yetersiz gördükleri ve eğitim almamış oldukları belirlenmiştir (Yılmaz ve Okyay, 2009; Cockell and McSherry, 2012). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım durumlarının ölüm algısını nasıl etkilediğini incelemek amacıyla bir ildeki şehir hastanesinde bulunan palyatif bakım kliniği ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışma sonucunda hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım kavramlarını algılama durumları ile ölüme karşı tutumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım kavramlarını algılama düzeyi arttıkça ölüme karşı olumlu tutum düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir (Karakurt ve Yıldırım 2019). Dağcı tarafından (2018) Türkiye’de sağlık bakım hizmetlerinde, 2004 yılı ile 2018 yılı arasında manevi bakımla ilgili yapılmış araştırmaları inceleyen sistematik bir analiz çalışmasında; sağlık bakım hizmetlerinde maneviyat ve manevî bakımı inceleyen 80 adet çalışmaya ulaşıldığı belirtilmiştir. Bu çalışmalardan 51 tanesinin uygulamalı 29 tanesinin ise teorik olarak yapılan çalışmalar olduğu saptanmıştır. Dört ayrı örnekleme grubu ile yapılan uygulamalı çalışmalardan yirmi dört tanesi sağlık çalışanı, on tanesi hasta, on dört tanesi sağlık alanında eğitim veren eğitim kurumlarındaki öğretim elemanları ve/ya öğrenciler ve 3 tanesi de hasta yakınları üzerinde yapılmıştır. Çalışmalardan uygulamalı olarak yapılan çalışmalardan 41 tanesi nicel ve ölçek kullanarak yapılmış olup, 10 tanesi de nitel ve görüşme formu kullanılmıştır. Çalışmalardan elde edilen sonuçlarda, manevî bakımın bir zorunluluk olduğu belirtilmesine rağmen, manevi bakımın nasıl yapılacağına yönelik kısıtlı bilgi yer almaktadır (Dağcı, 2018). Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; sağlık profesyonellerinin spiritüalite kavramı ile ilgili yeterli bilgi ve farkındalığa sahip olmadıkları ve spiritüel bakım davranışlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Özçelik ve Duran, 2022). Tip 2 diyabetli ampute olan hastalarla yapılan bir çalışmada; meditasyon uygulanarak spiritüel bakımın hastaların beden imajı ve ruh sağlığına pozitif yönde bir etki oluşturduğu belirlenmiştir (Imeni et al., 2018). Başka bir çalışmada ise meme kanserinin son döneminde olan hastalarının spiritüel bakımında sağlık bakım çalışanlarının yeterliliği incelenmiş olup; sağlık bakım çalışanlarının spiritüel bakım yeterliliklerinin düşük olduğu bulunmuştur (Anisa et al., 2018). Bunlara ek olarak sağlık

bakım kurumlarında spiritual bakım sağlama konusunda zaman yetersizliği ve hastalar ile sağlık personeli arasında sosyal, dini veya kültürel farklılıklar olmak üzere çeşitli engeller bulunduğu da belirtilmektedir (Yılmaz, 2023).

1.3. Yoğun Bakım Üniteleri ve Spiritüel Bakım

Riskli birimlerden biri olan yoğun bakım üniteleri hem hastaların hem de bakım verenlerin yaşam tarzlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Yoğun bakım ünitelerinde verilen bakımın hem hasta hem de bakım verenlerini de kapsayacak şekilde olması gerekir (Kaçal ve Demirsoy, 2018). Bakım vericide hastanın bakımına katılmalı, bakım verici özellikle spiritüel bakımda etkili olmaktadır.

1.3.1. Hasta Bireylerin Spiritüel Bakım İhtiyaçlarının Tanılaması

- Spiritüel bakım tanılamasında hasta bireyin “Tanrı, üstün güç, dua etme, dini mekanlar (kilise, cami) dini liderlere” ilişkin söylemlerine dikkat edilmeli,

- Hastanede yatan hasta bireyin hem kendi üzerinde hem de odasındaki spiritüel bakıma yönelik yönelimlere ait semboller değerlendirilmeli (kitaplar ve sembollerin bulunması)

- Hasta birey spiritüel distres belirtileri yönünden değerlendirilmeli, “(Cesaret, anksiyete, her zamanki spiritüel uygulamalara katılmakta güçsüzlük, yetersizlik, ağlama, suçluluk ifadesi, uyku bozuklukları, spiritüel güvenin bozulması, tanrı ya da büyük güçten uzaklaşma hissi, sağlık personeline, aileye, tanrı ya da büyük güç'e karşı öfke, inanç ve değer sistemlerini reddetme, yaşamdaki anlam ve amacı kaybetme)”

- Sağlık bakım profesyoneli bakım verdiği hasta bireyin “Neden ben?, Bunu hak etmek ve bunu yaşamak için ne yaptım?, Tanrı beni cezalandırıyor mu?, Öldükten sonra bana ne olacak?, Yokluğum fark edilecek mi?, Özlenecek miyim?, Hatırlanacak mıyım?” gibi spiritüel bakım gereksinimini gösteren sözlerin farkında olmalı,

- Sağlık bakım profesyoneli hastayla empati kurarak şefkat göstermeli ve hastanın varlığının farkında olunmasına destek vermeli,

- Hastanede yatan hastalar fiziksel, emosyonel ve manevi yönden bütüncül olarak değerlendirilmeli,

- Sağlık bakım profesyoneli hastaların manevi öykülerini öğrenmeli,

- Hastaların manevi endişeleri ve kaygılarının belirtileri değerlendirilmeli,

- Hasta bireylerin “korkuları, umutları, acıları ve hayalleri dinlenmeli,” sözleri önyargısız olarak kabul edilmeli,

- Sağlık bakım profesyoneli hastanın inançları ve hastalığın gidişatını etkileyen değerlerine ilişkin veri toplanmalı,

- Hasta bireylere manevi desteğe yönelik kaynak sağlanmalı,

- Hasta bireylerin mensup olduğu dine yönelik uygulamalarını yerine getirmesine destek olunmalı,

- Birey için manevi değer taşıyan eşyalara saygı gösterilmeli,

- Gerektiği takdirde din görevlileri gibi diğer profesyoneller ile iletişim kurulmalı,

- Hasta bireyin elini tutmak, onu dinlemek, dua etmesine destek sağlamak, masaj, dokunma, müzik, meditasyon gibi aktivitelerin yapılmasına yardımcı olunmalı,

- Hastanın manevi inanç ve alışkanlıkları kabul edilmeli,

Bu gibi durumlara neden olan etkenler değerlendirilmeli,

- Sağlık bakım profesyoneli önyargısız bir tutum sergilenmeli,

- Hasta bireylerin spiritüel bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında destek olunmalı,

- Hasta bireyin önceki inançları, alışkanlıklarına yönelik sorular sorarak bireyin duygularını dile getirmesi sağlanmalı,

- Bireyle iletişim sağlanmalı. (Yoğun bakım ünitelerindeki hasta bireylerin bilinci organik bir bozukluk sonucu ya da sedasyon verilmesiyle kapanır. İşitme duyusu ise en son kaybedilen duydur. Bu nedenle bilinci kapalı olan hasta bireylerin işitme duyusu devam etmektedir. Hasta bireyin sözel iletişimin azalması ya da kaybolması duyusal olarak uyarıcı azalmasına ve buna ilişkin olarak da; “korku, kaygı, depresyon, halüsinasyon ve deliryum” gibi psikolojik durumlar görülmesine neden olabilir. Yapılan çalışmalarda; hasta bireylerin bilinçleri kapalıyken de gerçekleşen çeşitli konuşmaları duydukları ifade edilmiştir).

1.3.2. Hasta Bireyin Spiritüel Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Engeller

- Spiritüel bakım konusuna ilişkin bilgi eksikliği,

- Yaşanılan farklı kültürler içinde dini ifadelerin çeşitliliğinden kaynaklı bilgi ve tecrübe eksikliği,

- Zaman kısıtlılığı,
- Spiritüel bakımın öneminin sağlık bakım profesyonelleri tarafından yeterince bilinmemesi,
- Spiritüel gereksinimleri belirlemeye ve karşılamaya ilişkin planlamanın etkin olarak yapılamaması,
- Sağlık bakım profesyonellerinin hastalara kendi görüşlerini empoze etmek istememeleri,
- Etik ve mesleki sınırları ihlal etmemek içinde temkinli yaklaşma zorunluluğu karşılaşılan engellerdendir.

Ayrıca yoğun bakım hastalarının durumunun hayati olması, aciliyet gerektirmesi ve bilinç düzeyindeki değişiklikler nedeniyle fizyolojik bakımı daha öncelikli olurken, psikolojik bakımı ihmal edilmektedir (Kaçal ve Demirsoy, 2018).

1.4. Sonuç

Bütüncül hemşirelik bakımı için hemşirelerin hastalarının manevi ihtiyaçlarının farkında olmaları ve ölüme karşı kendi tutumları veya manevi düşüncelerine bakılmaksızın destekleyici manevi hizmet verebilmeleri çok önemlidir (Kudubeş et al. 2019). Hastaların iyileşmesinde ve sağlık hizmetlerinin işleyişinde bu kadar yararı olan spiritüel bakım, bu kritik birimlerde çalışan hemşireler için daha ön plana çıkmaktadır. Hemşireler hastalara bakım verirken maneviyat ve ölüm algısının farkında olmalılar. Hemşirelerin, manevi ihtiyaçları ve bakımı nasıl algıladıkları, gönüllülükleri, duyarlılıkları manevi gereksinimlerin karşılanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Tüm bunların yanı sıra çalışma ortamı ve koşulları, diğer sağlık bakım profesyonelleri ile iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi etkenler de manevi bakım sunumunu etkilemektedir. Hemşirelerin manevi destek algılarının iyi olmamasının nedenlerinden birini de ölüme ilişkin tutumları olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmektedir (Ergül ve Bayık 2004; Akgün ve ark. 2010; Daştan ve Buzlu 2010). Bununla birlikte, sağlık bakım profesyonelleri rutin klinik uygulamalarına nadiren manevi bakımı dahil etmektedirler. Sağlık bakım profesyonelleri arasında maneviyat kavramının anlaşılması, kendi inançlarını dayatmaları veya hastaları rencide etme korkusu, biyolojik konuları tercih etme ve eğitim eksikliği gibi çeşitli nedenler bu bakımın dahil edilmesinde engeller olarak gösterilmektedir (Diego-cordero et al. 2021). Yoğun bakım ünitelerinde hastanın rahatını sağlamak, anksiyetesini azaltmak ve tedaviye uyumunu kolaylaştırıcı girişimlerde bulunmak hemşirelik bakımının temel amaçlarından biridir. Bu

girişimleri gerçekleştirirken, hasta ve yakınlarının yaşadıkları spiritüel distres ile baş etmesine destek olacak, spiritüel gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların spiritüel boyutunun farkında olması, hastanın yaşam umudunu olumlu olarak etkileyen destekleyici spiritüel bakımın verilmesinde önemlidir (Çınar ve Eti Aslan, 2017). Hemşirelerin maneviyatı ve manevi bakımı benimseyerek hastalara bakım vermeleri ve ölüme yönelik algılarının farkında olmaları gerekiyor. Böylece hemşirelerin holistik bakımın bir bileşeni olan spiritüel bakım doğrultusunda bireylere bakım vermesi manevi bakıma yönelik algılarının yükselmesini sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Abu-El-Noor, N. (2016). ICU nurses' perceptions and practice of spiritual care at the end of life: Implications for policy change. *Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1), 1-10. doi: 10.3912/OJIN.Vol21No01PPT05.
- Ergül, Ş., & Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 8(1): 37-45. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/886.pdf>
- Riahi, S., Goudarzi, F., Hasanvand, S., et al. (2018). Assessing the effect of spiritual intelligence training on spiritual care competency in critical care nurses. *Journal of Medicine and Life*, 11(4), 346-354. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0056>
- Gijsberts, M.J.H.E., Liefbroer, A.I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent european literature. *Med. Sci.* 7,25;1-21. doi:10.3390/medsci7020025.
- Puchalski, C.M., Vitillo, R., Hull, S.K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med* 17(6): 642-56.
- Rego, F., Gonçalves, F., Moutinho, S., et. al. (2020). The influence of spirituality on decisionmaking in palliative care outpatients: a cross-sectional study. Rego et al. *BMC Palliative Care* 19:22 <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0525-3>.
- de Diego-Cordero, R., 'lopez-G'omez, L., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2021). Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic, *Nursing Outlook* doi: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.017>.
- Akgün, Kostak, M., Çelikkalp, Ü., & Demir, M. (2010). Hemşire ve ebelelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 218-225.
- Daştan, N., B., & Buzlu, S., (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1):73-9.
- Dossey, B.M., & Keegan, L.(2013). *Holistic Nursing: A handbook for practice.* Jones, Bartlett Publishers 117-27.
- Erol, F. (2020). Reflection of spiritual care in nursing process. *Journal of Innovative Healthcare Practices (JOINIHP)* 1(1), 30-39. <http://biyak.subu.edu.tr>
- Kudubeş, A.A., Akıl, Z.A., Bektaş, M.,& Bektaş, İ. (2019). Nurses' Attitudes Towards Death and Their Effects on Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Religion and Health* <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00927-2>.
- Karakurt P, Yıldırım S. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Durumlarının Ölüm Algısına Etkisi: Bir Şehir Hastanesi Örneği. *Palandöken Ulus-*

- lararası Hemşirelik Eğitimi Kongresi, 24-26 Ekim 2019. pp:289-290. Erzurum, Türkiye.
- Cockell N, McSherry W. (2012). Spiritual care in nursing:an overview of published international research. *Journal of Nursing Management*. 20;8:958-69.
- Kaçal Z, Demirsoy N. (2018). Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Değerlendirme. *Sakarya Tıp Dergisi* 2018, 8(2):170-175.
- Yılmaz M, Okyay N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *HEMARG* 3:41-52.
- Yılmaz M. (2023). Spiritüel Sağlık. İn:Temel Hemşirelik Uygulama İçin Esaslar. Karagözoğlu Ş, Demiray A, Doğan P. (Eds.) Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, ss:1149-1167.
- Dağcı A. (2018). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakımla İlgili Araştırmalar: Sistematik Bir Analizi. *Çekmece İzü Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13):1- 22.
- Özçelik H, Duran A. (2022). Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüel ile ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(1):2-10.
- Çınar F, Eti Aslan F. (2017). Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi. G.O.P. Taksim E.A.H. *JAREN* 1(1):37-42.
- Anisa N. R., Erika K. A., Rachmawaty, R. (2018). Nurse’s spiritual care competencies to patient with end stage breast cancer. *International Journal of Public Health*, 7(4), 268-273.
- Imeni, M., Sabouhi, F, Abazari, P, Iraj, B. (2018). The effect of spiritual care on the body image of patients undergoing amputation due to type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 23(4), 322-326.

Teaching Methods in Nursing and Teaching of Nursing Practices

Sumeyye Akcoban¹

Abstract

Today, there are different researches on its use in nursing teaching and practice areas. It has been determined that collaborative teaching methods have more positive effects in the field of nursing instead of traditional teaching methods. The most appropriate method should be chosen for nursing students to learn from a critical perspective and to use interactive and effective communication skills. Not only in nursing undergraduate programmes but also in nursing postgraduate programmes, it is important to prefer methods that direct students to learn, support them to take responsibility and develop rational skills. Therefore, in this article, teaching methods in the field of nursing and teaching in nursing practice are discussed.

1.INTRODUCTION

The World Health Organisation (WHO), in its “Nurse Educator Core Competencies” report, recommends that nurse academicians facilitate learning and rationalise learning outcomes in the education and training process. On the other hand, it recommends that they use appropriate information technologies by selecting appropriate materials and encourages individualised experiential learning. Nurse academics have assumed an important role in providing better health services to the society, creating a better learning space for nurses, implementing modern changes in the education of students, and preparing students as nurses who will manage change and improve health. In this context, in the report of the American Institute of Medicine (IOM) on “The Future of Nursing”, it is stated that nurses have an important role in changing the health system to manage change and promote health, as they are at the forefront of health care (Wakefield et al.,2015; WHO,2016).

1 Lecturer, Hatay Mustafa Kemal University, Kırıkhan Vocational School, Health Services Department, Hatay, Turkey, Orcid:0000-0002-7533-8140

In our country, the Nursing National Core Education Programme (NNCEP) was prepared in 2014 by a commission appointed by the Higher Education Council and evaluations related to nursing education were discussed. The core programme basically aimed to establish certain standards of nursing undergraduate education. In line with the established standards, lifelong learning, effective communication, use of technological products in the clinical field, development of analytical and critical thinking skills of undergraduate students were considered important. In the core programme, while developing nursing education programmes, it is stated that the most appropriate teaching methods and techniques should be used in a way to support each other in order to gain competencies for knowledge, skills and attitudes, and that several teaching methods should be used together instead of a single teaching method (NNCEP, 2021).

Today, developments in the field of science and technology have made many changes visible in areas related to knowledge. Many innovations related to the production, transfer and use of knowledge have affected the field of health as well as other disciplines. The innovations that have occurred have also affected the health care system and therefore nursing, which constitutes the majority of the health field. Therefore, the need for professional nurses who can adapt to changes and provide effective care is increasing day by day. Professional nurses need to maintain their learning and intellectual abilities simultaneously while fulfilling their roles and responsibilities (Sarmasoğlu et al., 2016). For this reason, education programmes that will enable students to actively participate in the learning-teaching process instead of a rote-based undergraduate education are important. In the education process of undergraduate and graduate students, the use of active learning strategies that guide students to learn, enable them to take responsibility, develop their thinking skills and motivate them will positively affect the quality of learning (Kangas-Niemi et al., 2018; Filiz et al., 2017).

Nursing, which is an important discipline in the health care system, should be considered in terms of teaching methods and techniques. A nursing education that includes affective, cognitive and psychomotor learning areas should be at a quality and level that will provide students with the contemporary roles required by the profession. Cognitive area consists of stages such as applying new information and solving problems based on the student's learning at the level of understanding. These stages include knowledge, comprehension, application, analysis, synthesis and critical evaluation. In order for students to gain professional skills and learn effectively, it is essential to use appropriate teaching strategies and methods for all these processes (Dalton et al., 2015). In addition to the theoretical

education they receive, nursing students implement care plans by addressing the health problems of patients in clinical practice areas. However, students have difficulty in applying the theoretical education they receive in clinical areas. Therefore, nursing students need to transfer the knowledge gained from didactic education to practice in order to make important clinical decisions in optimal patient care. In this direction, teaching methods come to the fore in nursing education. Innovative teaching strategies are important for standardising nursing education, following innovations, and preparing future nurses for clinical practice areas (Njie-Carr et al., 2017).

2. Teaching Methods in Nursing

2.1. Traditional Learning Methods in Nursing

In the traditional, also known as classical teaching model, the student is more in the role of an individual without participation. Instead of presenting their ideas, the student receives theoretical education in line with the information provided by the academic nurses. The information conveyed by the instructor is certain and unchanging. There is no need for reasoning in the presentation of information, it is ready to be memorised. The instructor is an authority, has a say in his/her field and it is not possible for a student to add anything new to his/her knowledge. Group members take responsibility only for themselves. They focus on individual performance. There is only individual assessability. When assignments are discussed, students do not care much about each other's learning. Teamwork skills are sloppy. Leadership is formed depending on individual participation. Individual achievements are important in rewarding the result, not the achievements of the group. Traditional teaching method in nursing education is mainly used in the theoretical part (Sheikhaboumasoudi et al., 2018; Yılmaz, 2017).

2.2. Collaborative Learning Methods in Nursing

Co-operative learning method is a method created by John Dewey in 1899 against traditional learning that reveals competitive learning. The cooperative learning method, the main founders of which are J. Dewey and Vygotsky, in which students' communication and interaction with each other have an important place, is related to Vygotsky's social constructivism theory. Social constructivism theory focuses on the social dimension of learning and according to the theory, learning is a social activity based on interaction in the classroom environment (Astra et al., 2015).

Educational programmes in which the student actively participates in the learning and teaching process are very important instead of the instructor-

centred and rote-based education of traditional teaching methods. Cooperative learning provides nursing students with opportunities to learn and practice cooperation and helps to improve students' professional knowledge and skill performance as well as academic success, problem solving, critical thinking and interpersonal skills and helps to create quality health care (Karasu et al., 2020). Different studies conducted with students studying in both nursing and other sciences reveal that collaborative learning increases students' success levels, increases their critical thinking and problem solving skills, comprehension and recall levels, learning motivation and social skills as it provides the opportunity to explain their own thoughts and pay attention to the thoughts of others (Yang et al., 2018). In the cooperative learning method, Jigsaw Technique and Flipped Learning Model are mainly used.

2.2.1 Jigsaw Technique in Nursing Teaching

The jigsaw technique, developed by Eliot Aronson in 1978, was created to support co-operation by enabling individuals to communicate with each other. In this technique, each student learns a part of the subject instead of the whole subject and transfers it to their friends (Filiz 2017; Yılmaz 2017). Students research in dialogue with other group members to learn the whole subject and contribute more to each other's success. Working in co-operation instead of competing with peers or working independently enables students to develop high self-esteem. Many sub-techniques of the co-operative learning method have been developed to ensure students' active participation in research. Although the basic philosophy on which the Jigsaw techniques are based is the same, there are some differences in applications (Melinamani et al., 2017).

2.2.2 Flipped Learning Model in Nursing Education

This method is an integrated teaching method that combines online (non-classroom) learning and face-to-face (classroom) learning techniques. The flipped learning model was first introduced in the literature in 2007 when two chemistry teachers at Woodland High School, Jonathan Bergman and Aaron Sams, produced a software to record powerpoint presentations and to enable students who missed the lecture to record their live lectures and study online (Bergman et al., 2012). In the classical learning method, the student learns the theoretical part of the course or subject from the instructor in the classroom. Then, he/she can make a few short applications as time permits. When the student goes home, he/she struggles alone with the lessons and comprehension. This situation decreases the academic success of the student. In the flipped learning method, students can watch the lecture recorded by

the instructor on videos. This method is seen as a suitable method for nursing students because it encourages dynamic, interactive learning, uses active learning methods, provides both individual learning and group learning and takes the student as the centre. In this method, the course topics are recorded by the instructor and the information is presented to the students in digital environment. The instructor actually guides the students in the lesson. Therefore, students can find answers to their questions by realising their own learning experiences. It is seen as a suitable method for nursing students because it encourages dynamic, interactive learning, uses active learning methods, provides both individual learning and group learning, and takes the student as the centre (Gillispie, 2016). The method enables students to use innovative online resources and research the topic before coming to class. Educators and students use their time in the classroom to create, solve and criticise problems in a dynamic and engaging environment. Thus, it enables students to have critical thinking skills, learn, reason and apply current research results. This educational atmosphere is in harmony with nursing education, as students need to be able to think critically about patient symptoms and intervene in a short time (Njie-Carr et al., 2017; Nishigawa et al., 2017;Hessler 2016).

The Importance and Necessity of Cooperative Learning Method for Nursing Education

In nursing education using traditional learning methods, theoretical and clinical education is considered sufficient for students to acquire knowledge and skills, and this process leads students to competitive behaviours. Students who grow up in this system graduate without being able to experience the process of co-operation with each other and other professional members. Therefore, graduates who are expected to work and collaborate in a multidisciplinary way in their working life are inadequate in collaborating in a team because they lack this skill. Studies on this subject reveal that while health professionals, whose common goal is to provide quality health care as a team, are expected to be able to share their knowledge and skills with each other, the physician is seen as the leader in the clinical field and nurses are seen as the implementer of the decisions made dependent on the physician (Zhang & Cui, 2018).

Outcomes of Collaborative Learning Method in Nursing Education

The cooperative learning method, which is necessary and important for both nursing and other health professionals, reveals effective results in

academic, social, psychological and measurement-assessment dimensions. In academic terms, it supports students' critical thinking, verbal communication, taking responsibility for learning, and maximising their knowledge; in social terms, it supports students' social interactions, ability to take responsibility, leadership and cooperation skills; in psychological terms, it supports their self-esteem development; and in terms of measurement and evaluation, it provides instant feedback to the student by including various evaluation techniques (McWilliams et al., 2017; Bayrakçeken, 2015).

In Saunders, Say, Visentin, and McCann's (2019) study, the collaborative learning method was used within the scope of objective structured clinical exams used to evaluate students' capacity to perform certain behaviours and skills in simulated clinical environments in undergraduate nursing education. As a result of the study, 60.4% of the students stated that they were satisfied with the clinical exam practice with another student, and 43.3% stated that they had more practical applications because they had a partner with them. In addition, in line with the feedback received from the students regarding the collaborative practice, it was determined that collaborative practice increases motivation, reduces anxiety, creates a sense of responsibility towards the partner, improves teamwork skills, performance and communication skills (Saunders et al., 2019).

2.3. Simulation Learning Model in Nursing Education

Nursing is a profession in which cognitive, psychomotor and behavioural skills should be acquired. Psychomotor skills in nursing are coordinated muscle activities guided by conscious mental activity used during the performance of a job. For a conscious mental activity, the student must wonder, learn and apply how to solve the problem faced by the student. The place where psychomotor skills are learnt in nursing education is the professional skills laboratory. These laboratories are generally environments in which learning takes place with teaching methods such as demonstration and role play by using tools such as mannequins and models traditionally, which are in a reliable, controlled structure, where students do not worry about harming the patient and where applications that are limited to be experienced in the clinical environment can also be performed (Uslusoy, 2018; Sezer et al., 2017).

With the developing technology, the use and development of new learning tools in nursing education has also increased. These developments in technology and education have led to the widespread use of simulation applications and tools, which are one of the reliable training methods

that are widely used in nursing education to increase technical and non-technical skills. It is known that different simulation applications are used in nursing education in accordance with the learning objective. These simulation applications include low-high-featured simulators, interactive patient simulators, video, simulation software, computer-based simulation and virtual reality and haptic simulation applications. Simulation can be defined as a continuum from low-quality simulation (LFS) to high-quality simulation (HFS) (Kim et al., 2016).

2.4. Mobile Learning in Nursing Education

With the change in information and communication technologies, learning methods are also changing. One of the new and fastest growing learning models is mobile learning. Mobile learning is generally defined as a learning environment where students and instructors can access the learning system using mobile devices over a wireless network at any time, anywhere. Mobile learning is defined as learning that provides the opportunity to access educational content without being tied to the location, enables communication with others, responds to the individual needs of the user, and increases productivity. In simpler terms, it can be defined as “learning without a fixed place”, “mobile technology, mobile phone”. The use of mobile learning in nursing education is increasing day by day. However, there is no clear information about the number of schools using mobile devices in nursing education (Keskin et al., 2015; Tekdal et al., 2016). In nursing education, instructors use mobile devices to complete physical assessments, keep records of student assignments and checklists, and document student progress on-site. Another educational tool used on mobile devices is podcasts, i.e. e-recordings. Students reported that they learn better when they hear learning materials more than once and that course podcasts help them retain information. In nursing education, smart device applications can be used effectively for many purposes such as drug dose calculations, drug information, interpretation of laboratory results; however, the use of mobile technology in today’s nursing education is not a common practice. It is clearly seen that mobile technology will shift from instructor-oriented teaching to student-oriented teaching. Mobile devices facilitate nursing students’ access to evidence-based nursing databases, guidelines, drug guides, e-books and applications in undergraduate programmes, facilitating an important step in evidence-based nursing practices (Şahin et al., 2017).

When we look at the studies conducted with lecturers related to m-learning in nursing education; In the qualitative study of mobile technology in clinical education conducted by Mackay et al. (2017), it was concluded that the use

of mobile devices can have a positive effect on teaching practices (Mackay et al. 2017). In the study conducted by Hay et al. (2017) with undergraduate nursing students; it was shown that students use mobile technology and social media to learn and are willing to continue this in the undergraduate programme (Hay et al., 2017).

CONCLUSION

Teaching methods in nursing have been emphasised in recent years. In particular, classical learning methods have been replaced by more up-to-date and student-centred learning methods. It has been determined that student-centred collaborative learning methods such as Jigsaw Technique, Flipped Learning Model are more effective. In addition, simulation learning model, mobile learning model are also seen as effective methods that can be used in teaching in nursing.

REFERENCES

- Astra, I., Wahyuni, C., & Nasbey, H. (2015). Improvement of learning process and learning outcomes in physics learning by using collaborative learning model of group investigation at high school. *Journal of Education and Practice*, 6(11), 75-79.
- Bayrakceken, S., Doymus, K., & Dogan, A. (2015). Cooperative learning model and its application. Ankara: Pegem Akademi.
- Bergmann J, Sams A (2012). Flip your classroom reach every student in every class every day. Washington USA. Bölüm 3, Why you should flip your classroom; s.24.
- Dalton, L., Gee, T., Advanced, T. L.-J.-A. J. (2015) . Using clinical reasoning and simulation-based education to 'flip' the Enrolled Nurse curriculum. *Search.Informit.Org*, 33(2). Retrieved October 5, 2021, from <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/ielapa.018184224173600>
- Filiz, N. Y., Dikmen, & Yurdanur. (2017). Use of active learning methods in nursing education: Jigsaw technique. *Journal of Human Rhythm*, 3(3), 145-150. <https://dergipark.org.tr/en/pub/johr/340432>
- Gillispie V. (2016). Using the flipped classroom to bridge the gap to generation. *Y. Ochsner Journal*, 16(1):32-36.
- Hay, B., Carr, P. J., Dawe, L., & Clark-Burg, K. (2017). "iM ready to learn": undergraduate nursing students knowledge, preferences, and practice of mobile technology and social media. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 35(1), 8-17. DOI: 10.1097/CIN.0000000000000284
- Hessler KL. (2016). Nursing education: flipping the classroom. *The Nurse Practitioner*, 41(2):17-26.
- Karasu, F., Arapaci, R., Öztürk Çopur, E., Hüseyin Çam, H. (2020). Collaborative learning model in nursing education. *Journal of Inonu University Vocational School of Health Services*, 8(3), 973-988. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.746735>
- Keskin Özdamar, N., Kılınc, H. (2015). Comparison of development platforms for mobile learning applications and sample applications, *AUAd*, 1 (3), 68-90.
- Kim, J., Park, J. H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: A meta analysis. *BMC Medical Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/S12909-016-0672-7>
- Mackay, B. J., Anderson, J., & Harding, T. (2017). Mobile technology in clinical teaching. *Nurse Education in Practice*, 22, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.001>
- Melinamani, S., Francis, F., George, R., Pushpa, L. M., & Vergheese, S. (2017). The Jigsaw effect: Impact of Jigsaw learning technique on nursing students

- to learn the concepts of normal labor. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 7(2), 181. <https://doi.org/10.5958/2349-2996.2017.00037.4>
- Nishigawa K, Omoto K, Hayama R, Okura K, Tajima T, Suzuki Y, ve ark. Comparison between flipped classroom and team-based learning in fixed prosthodontic education. *Journal of Prosthodontic Research*. 2017;61(2):217-222.
- Njie-Carr, V. P. S., Ludeman, E., Lee, M. C., Dordunoo, D., Trocky, N. M., & Jenkins, L. S. (2017). An Integrative review of flipped classroom teaching models in nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 33(2), 133–144. <https://doi.org/10.1016/J.PROFNURS.2016.07.001>
- Sheikhaboumasoudi R, Bagheri M, Hosseini SA, Ashouri E, Elahi N. Improving Nursing Students' Learning Outcomes in Fundamentals of Nursing Course through Combination of Traditional and e-Learning Methods. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018 May-Jun;23(3):217-221. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_79_17. PMID: 29861761; PMCID: PMC5954644. https://doi.org/10.4103/IJNMR.IJNMR_79_17
- Sarmasoğlu Ş, Dinç L, Elçin M. (2016). Nursing students' views on standard patients and models used in clinical skills training. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13 (2): 107-115.
- Saunders, A., Say, R., Visentin, D, & McCann, D. (2019). Evaluation of a collaborative testing approach to objective structured clinical examination (OSCE) in undergraduate nurse education: A survey study. *Nurse Education in Practice*, 35(2), 111-116.
- Şahin, G., & Başak, T. (2017). Mobile learning in nursing” m-learning”. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 4480-4491.
- Sezer, H., & Orgun, F. (2017). Use of simulation in nursing education and simulation model. *Journal of Ege University Faculty of Nursing*, 33(2), 140-152.
- Tekdal, M., Saygıner, Ş. (2016). The use of mobile technologies in learning and teaching process, *Firat University, 4th International Technologies & Teacher Education Symposium*, 1-13.
- Uslusoy, E. Ç. (2018). Use of simulation in nursing education: students' opinions. *Suleyman Demirel University The Journal of Health Science*, 9(2), 13-18. <https://doi.org/10.22312/SDUSBED.414083>
- Zhang, J., & Cui, Q. (2018). Collaborative learning in higher nursing education: a systematic review. *journal of professional nursing*, 34(5), 378–388. <https://doi.org/10.1016/J.PROFNURS.2018.07.007>
- Sarmasoğlu Ş, Dinç L, Elçin M. (2016). Nursing students' views on standard patients and models used in clinical skills training. *Journal of Education and Research in Nursing*, 13 (2): 107-115.

- Saunders, A., Say, R., Visentin, D., & McCann, D. (2019). Evaluation of a collaborative testing approach to objective structured clinical examination (OSCE) in undergraduate nurse education: A survey study. *Nurse Education in Practice*, 35(2), 111-116.
- National Core Education Programme in Nursing (HUÇEP) [Internet]. 2014 [Accessed September 2023]. Access address: <http://tyyc.yeniyuzyil.edu.tr/Page/SBF/Hemsirelik/files/Hucep-2014.pdf>
- World Health Organization (WHO). Nurse educator core competencies;2016 [Internet]. [Accessed September 2023]. Available from: https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/nurse_educator050416.pdf
- Kangas-Niemi, A., Manninen, K., Mattsson, J. (2018). Facilitating affective elements in learning-In a palliative care context. *Nurse Education in Practice*, 33, 148-153.
- Wakefield, M., Williams, D. R., & Le Menestrel, S. (2021). *The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity*. National Academy of Sciences.
- Yang, L., Jiang, D., Nie, H., & Tang, S. (2018). Research on the effect of cooperative learning model on nursing skills of practice nurses and standardized training of newly-recruited nurses. *Biomedical Research*, 29(9), 1788-1791.
- Yılmaz F (2017). The effect of laboratory activities with cooperative learning jigsaw method on the achievement of secondary school students in electricity in our life unit. Kafkas University Institute of Science and Technology, Master's Thesis, Kars.

İlaç Uygulama Hataları, Riskli Gruplar ve Hemşirelerin Sorumluluğu

Sema Köse¹

Özlem Bayram Araz²

Özet

Giriş ve Amaç: Sağlık bakım sisteminin önemli parametrelerinden olan hasta güvenliğinin en önemli önceliği; sağlık bakım hizmetlerine bağlı olarak ortaya çıkan hataları önlemeye çalışarak, hataların neden olduğu hasta zararlarının azaltılmasıdır. Hasta güvenliğini tehdit eden ve tıbbi hatalar (malpraktis) arasında en sık karşılaşılan ilaç hatalarının önlenabilir olduğu unutulmamalıdır. İlaçların hazırlanması ve uygulanması aşamalarında önemli sorumlulukları olan hemşireler; bu süreçlerde yapacakları hatalardan dolayı hasta bireylerin zarar görmesine, hatta ölüme varan kötü sonuçlara sebep olabilirler. Dünyada ve ülkemizde en sık görülen tıbbi hatalardan olan ilaç uygulama hatalarının nedeni olarak, ilaç uygulamalarında hemşirelerin sekiz doğru ilkeyi uygulamamasından kaynaklı geliştiği belirtilmektedir. Yenidoğanlarda ve çocuklarda yetişkinlere göre daha fazla ilaç uygulama hatası yapıldığı ve bu hatalarda sırasıyla yanlış zaman, yanlış doz ve yanlış hasta olarak sıralandığı görülmüştür. Yenidoğan ve çocuk hastalarda ilaç uygulamalarında; ilaç dozundaki ufak bir hata, erişkin hastaya oranla daha fazla zarar verebilir. Bu derlemenin amacı sağlık bakım sisteminde ilaç uygulama hatalarını, riskli grupları ve hemşirenin sorumluluğunu belirlemektir.

Sonuç: Yenidoğan ve çocuk hastalarda ilaç uygulamaları yetişkin hastalara göre daha farklı ve karmaşık olduğundan ilaç uygulamada hata oranının yükselmesine neden olmaktadır. Riskli grup olan çocuk ve yenidoğanlarda yapılan ilaç uygulama hatalarına yönelik araştırma sayısının az olduğu, daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır.

- 1 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Erzincan/Türkiye (<https://orcid.org/0000-0001-8653-1432>)
e posta: sema.kose@erzincan.edu.tr
- 2 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Erzincan/Türkiye (<https://orcid.org/0000-0002-4517-5512>)
eposta: ozlembayram_79@hotmail.com

GİRİŞ

Sağlık bakım sisteminin önemli parametrelerinden olan hasta güvenliğinin en önemli önceliği; sağlık bakım hizmetlerinden dolayı gelişen tıbbi hataların önlenmesini sağlayarak, bu hataların neden olduğu hasta zararlarını asgari düzeye indirmektir. Hasta güvenliğini tehdit eden ilaç hataları, tıbbi hatalar arasında en sık karşılaşılan hatalar olmasına karşın önlenebilir hatalar arasındadır. İlaçların hazırlanması ve uygulanması aşamalarında önemli sorumlulukları olan hemşireler; bu süreçlerde yapacakları hatalardan dolayı hasta bireylerin zarar görmesine, hatta ölüme varan kötü sonuçlara sebep olabilirler (Kırşan ve ark. 2019).

Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda temel etik ilke “önce zarar verme” dir. Buna karşın sağlık bakım alanında kullanılmakta olan teknolojilerin gelişmesi, beklenen yaşam ömrünün artması ile sağlık bakım gereksinimlerinin artması, beraberinde tıbbi hataların da artmasına neden olmaktadır. Dünyada ve ülkemizde en sık görülen tıbbi hatalardan olan ilaç uygulama hatalarının nedeni olarak, ilaç uygulamalarında hemşirelerin sekiz doğru (doğru hasta, doğru ilaç, doğru etki, doğru doz, doğru yol, doğru ilaç formu, doğru zaman, doğru kayıt) ilkeyi uygulamamasından kaynaklı geliştiği belirtilmektedir (Uzuntarla ve Tural Büyük, 2021). Buna ek olarak ilaç hatalarına sebep olan çok fazla etmen bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre ilaç uygulama hataları sağlık hizmetlerinde en fazla görülen olaylar arasında yer almaktadır ve bu hatalarının sebepleri değerlendirildiğinde şekil 1’deki gibi sınıflandırılmıştır (Aslan, 2020).

Şekil 1: Dünya Sağlık Örgütü’ne göre ilaç uygulama hataları ve bu hataların sebepleri

| Sağlık bakım ekibinden kaynaklanan faktörler | Hasta bireyler ile ilişkili faktörler | Çalışma alanlarından kaynaklanan faktörler | İlaçlarla alakalı faktörler |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hasta hakkında gereken bilgiye sahip olmama, ✓ Eğitim eksikliği, ✓ Yorgunluk, ✓ Tecrübesizlik, ✓ Yetersiz risk algısı, ✓ Fiziksel ve emosyonel sağlık problemleri ✓ İletişim eksikliği | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hastaların eğitim düzeyi, ✓ Karakteri, ✓ Dil engeli ✓ Klinik vakaların karmaşıklığı | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dikkat dağınılıkları, ✓ Ekstra bölünmeler, ✓ İş yükü ve zaman, ✓ Standart prosedür ve protokollerin eksikliği veya yetersizliği, ✓ Işıklandırma, ✓ Havalandırma, ✓ Sıcak veya soğuk gibi fiziksel çalışma alanındaki problemler ✓ Kaynak yetersizliği | <ul style="list-style-type: none"> ✓ İlaçların adlandırılması, ✓ İlaçların barkodlanması, ✓ İlaç isteminin doğru yapılmaması, ✓ İlaçların paketlenmesi ✓ İlaçların dağıtımından kaynaklı hatalardır |

İlaç Uygulama Hatası Nedir?

İlaçlar, sağlık hizmetlerinde en yaygın kullanılan müdahalelerdir ve ilaçla ilgili zarar, bu tür zararların getirdiği ekonomik ve psikolojik yük bir yana, güvenli olmayan bakımdan kaynaklanan toplam önlenabilir zararın en büyük bölümünü oluşturmaktadır (Webinar- Medication without Harm, 2023)

Amerika Ulusal İlaç Hata Raporlama ve Önleme Koordinasyon Konseyi ilaç uygulama hatasını; *“ilacın sağlık bakım profesyoneli, hasta veya müşterinin denetiminde iken uygun olmayan kullanımına veya hastaya zarar vermesine neden olabilecek önlenbilir bir vaka”* şeklinde tanımlamaktadır. (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2023)

Güvenli olmayan ilaç uygulamaları ve ilaç hataları, dünya çapında sağlık bakım sistemlerinde yaralanmaların ve önlenbilir zararların ana nedenlerinden biridir. İlaç hatalarıyla ilişkili küresel maliyetin yıllık 42 milyar ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. İlaç hataları, sistemik sorunlardan ve/veya yorgunluk, kötü çevre koşulları veya reçete yazma, yazıya dökme, dağıtım, uygulama ve izleme uygulamalarını etkileyen personel eksikliği gibi insan faktörlerinden kaynaklanır. Bu hatalar ciddi zarar, sakatlık ve hatta ölümle sonuçlanabilir. DSÖ, riskli alanlarda ilaca bağlı zararı azaltmaya yönelik stratejilerde acil iyileştirme yapılmasını savunmaktadır (WHO's World Patient Safety Day 2022; Medication Without Harm, 2023).

İlaç uygulama hataları, hasta bireylerin sakat kalması veya hayatını kaybetmesi gibi istenmeyen sonuçlara neden olacağından dolayı son derece önemlidir (Donaldson and Fletcher, 2006). Ortaya çıkan ilaç uygulama hataları diğer sağlık profesyonellerini de içine alan bir süreç olmakla birlikte, hemşireler, ilaç uygulamalarının son aşamasında ve hastaların tedavi sürecinin yönetilmesindeki yükümlülükleri ve sorumluluklarından dolayı ilaç uygulama hatalarındaki rolleri önem arz etmektedir (Kırşan ve ark. 2019). İlaç yönetimi süreçleri hemşirelerin vaktinin yaklaşık olarak %40'ını kapsadığı bilinmektedir.

İlaç Hataları ve Hemşirenin Sorumlulukları

Sağlık hizmetlerinde bulunan tıbbi hatalar (malpraktis); tanı hataları, ilaç hataları, laboratuvar hataları, cerrahi hatalar ve diğer hatalar olarak sınıflandırılırken; tıbbi hatalar arasında en fazla karşılaşılan malpraktis tipi, ilaç hatasıdır. İlaçların emniyetli bir şekilde uygulanmasında hemşire, hasta, hekim, eczacı ve hasta yakını (ailesi) arasında iletişim ve iş birliğinin sağlanması önemlidir. Bu sebepten dolayı ilaç uygulamaları multidisipliner bir süreç olup; ilaç kullanımında sırasıyla ilk sorumluluk doktorda olmasına

karşın ilaçla alakalı bilgi ve kullanım şekli eczacı, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin de sorumluluğu bulunmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda ilaç özellikleri bilinmediğinde hata olasılığı da artmaktadır (Taş ve Akkoyun, 2020; Escrivá Gracia at all. 2019).

Malpraktis tüm sağlık profesyonelleri için elzem bir konudur. Fakat Hemşirelerin, mesleğinin niteliğinden kaynaklı hasta bakımında anahtar rol oynamaları, bağımlı ve bağımsız rollerinin fazlalığı diğer sağlık profesyonellerine oranla daha sık tıbbi hata yapma riskiyle karşılaşmalarına neden olmaktadır. Bu sebeple tıbbi hataların önlenmesinde ve azaltılmasında hemşirelere daha fazla görev düşmektedir. Hemşirelerin yaşamış oldukları tıbbi hataların kaynakları; hasta güvenliği ile ilgili uygulamalarda yetersizlik ve bilgi eksikliği, bakım standartlarını uygulama eksikliği veya yetersizliği, kayıtlardaki eksiklikler, dikkat dağılması, hazır olmama, yönetmelik ve emirlere uyulmaması ya da uyum eksikliği, hemşirenin bakabileceğinden daha fazla hasta sayısı, iş yükü artışı, nöbet sistemiyle çalışılması, meslekte tecrübesizlik, hemşire sayısının azlığı veya yetersizliği ve iletişim kazalarıdır (Karaca ve Şimşek 2019).

Hemşirelerin, ilaç uygulama aşamalarındaki görevleri, sağlık profesyonelleri arasında fazla sayıda bulunmaları, ilaçların birçoğunu uyguluyor olmaları, hatanın hasta bireye ulaştığı en kritik noktada bulunmalarından dolayı, önemli tıbbi hatalardan olan ilaç uygulama hatalarının önlenmesinde ve azaltılmasında önemli bir yerleri bulunmaktadır. İlaç uygulamaları kapsamlı bilgi ve beceriyi gerektiren uygulamalardır. Hemşirelerin ilaç hazırlama, uygulama, girişimler esnasında görülen yasal yükümlülükler-sorumluluklar, ilaçlarla alakalı koruyucu önlemler ve ilacın farmakolojik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Hemşirenin ilk sorumluluğu ilaç isteminin doğru yapıldığını teyit etmektir. Yasal ve tıbbi anlamda problem yaşamamak için, ilaç isteminin anlaşılır ve okunur olması, kısaltmalardan kaçınılması, açıklanamayan nokta var ise geribildirim ile netleştirilmesi gerekmektedir. İlaç istemi doğrulandıktan sonra gerekli planlamalar yapılarak süreç başlatılır ve ilaç uygulandıktan sonra beklenen veya beklenmeyen etkisinin takibi yapılarak süreç tamamlanır. Hemşirelerin ilaçları hazırlama ve uygulama hakkında kanunen sorumluluk ve yükümlülüklerini bilerek hareket etmeleri, uygulanan ilacın etki mekanizmaları, istenen ve istenmeyen etkilerini bilmeleri, ilaç hazırlarken ve uygularken ihtiyaç duyulan koruyucu önlemleri almaları gereklidir. (Aştı ve Karadağ, 2020).

Hasta birey ilacını kullanmaya evinde/yaşadığı yerde devam edecek ise hemşire hastasının kendi başına ilaç uygulamasını, ilaçlarını vaktinde, doğru biçimde alıp almadığını taburculuk öncesinde gözlemlemeli ve

gerekli bilgilendirmeleri sağlamalıdır. İlacın istenen ve istenmeyen etkilerini anlatmalıdır. Hasta ve hasta yakınlarının ilaç izlemi ve yönetimi konusunda eğitimi ilaç yönetimi sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır (Aştı ve Karadağ, 2020).

İlaç hatalarının önlenmesi, ilaç yönetiminde ve hasta güvenliğini sağlama da anahtardır. Hemşirelerin ilaçların istemini teyit etmesi, hazırlanması ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. İlaç yönetiminde hemşire kaynaklı hatalar; istem olmaksızın ilaç uygulama, isteme uygun ilaç uygulamama, ilaç dozunun yanlış hesaplanması yanlış dozda ilaç uygulama, yanlış ilaç verilmesi, yanlış zamanda uygulanması, ilaç kutusu ve prospektüsü içindeki uyarılara dikkat edilmemesi, ilaç uygulamasının unutulması olarak sıralanabilir. Hemşire etik ve profesyonel sorumluluğunun bir gereği olarak ilaç uygulama hatalarını mutlaka rapor etmeli; ayrıca hastanelerdeki Güvenli Raporlama Sistemine bildirilmesi oldukça önemlidir. Kurumun durumu izlemesi, benzer hataların bir daha meydana gelmemesi için gerekli önlemlerin alınmasında, hata kaynaklarının tespitinde ve kök neden analizlerinin yapılmasında bu raporlar önemlidir (Aştı ve Karadağ 2020). İlaç hatalarının bildirimi ve raporlaması hataların önlenmesi ve azaltılmasını sağlamaktadır. Fakat ilaç uygulama hatalarının bildirimi ve raporlanmasında aksaklıklar veya eksiklikler bulunmaktadır. İlaç uygulama hatalarının bildirimini yapan hemşireler; ceza alma korkusu, işten çıkarılma tehlikesi, eleştirilme kaygısı, dava açılması ve bildirim yapılması süresinde yaşanan engeller gibi sebeplerle bildirim yapmaktan kaçınmaktadır.

Yenidoğan ve Çocuklarda İlaç Uygulama Hataları

Yenidoğan ve çocuklarda ilaç uygulama aşamaları erişkin hastalara benzer olmakla beraber önemli değişiklikler bulunmaktadır (Temizsoy, 2018). Pediatrik ilaç kullanımı ve uygulanması en zor uygulamalar içerisinde yer almaktadır. Özellikle yenidoğanlarda yağ ve kas kitlesinin vücut kitlesine oranı, ilaçları hazırlama ve uygulama işlemlerini erişkin hastalara oranla daha karmaşık hale getirmektedir. Yenidoğan ve çocuklarda kullanılmakta olan dozların çok az olması ve pediatrik doz halinde olan ilaç sayısının az olması ilaç hazırlamada sorun oluşturmaktadır. Yenidoğanın kilosu ve gebelik yaşına göre farmakodinamik ve farmakokinetik özelliklerle ilgili araştırmaların yetersizliği, fazla sayıda seyreltme ve hesaplama ile tedavilerin karmaşıklığını fazlasıyla arttırmakta ve hata olasılığını da yükseltmektedir. Yetişkin ve çocuk arasında çeşitli fizyolojik farklılıklar bulunmaktadır. Çocukluk evresinde vücut fonksiyonu ve ağırlığı yaşla beraber değişim göstermektedir (Taş ve Akkoyun, 2020; Yayla, 2019). Çocuklara özgü ilaç uygulamaları hemşire ve aileler için hata olasılığı yüksek uygulamalar olup; pediatrik hastalarda

yaş, vücut kompozisyonu, cinsiyet, enzimatik sistemleri ve organ (karaciğer ve böbrek) fonksiyonlarının olgunlaşmasındaki farklılıklar sebebiyle ilaçların farmakokinetiği yetişkin gruplarda farklı olabilmektedir (Yayla, 2019).

Yenidoğanlarda ve çocuklarda yetişkinlere göre daha fazla ilaç uygulama hatası yapıldığı ve bu hatalarda sırasıyla yanlış zaman, yanlış doz ve yanlış hasta olarak sıralandığı görülmüştür (Alghamdi at all. 2019; Uzuntarla ve Büyük 2021). İlaç uygulama hatalarından kaynaklanan zarar, yenidoğan ve çocuk hastaları erişkin hastalara oranla daha çok olumsuz etkilemektedir (Taş ve Akkoyun, 2020). Özellikle yenidoğan ve çocuklar için farmakodinamik ve farmakokinetik özellikler ile zehirli etkiler değiştiğçe ve kompleks hale geldikçe tıbbi hata olasılığı da artmaktadır. Ayrıca pediatrik hastalar için; pediatrik ilaç formunun yetersiz oluşu ve ilaçların sulandırılması hata riskini yükseltmekte; ilaçlar hemşireler tarafından hazırlanmakta klinik eczacılık uygulamaları gerçekleştirilememektedir. (Yayla, 2019; Yalçın, 2022)

İlaç hatalarının literatür doğrultusunda incelenmesi

İncelenen araştırmalarda hemşirelerin en çok akılcı ilaç uygulama ilkelerinin ihlali sebebiyle hata yaptıkları görülmektedir. Bu bağlamda Özlü ve ark.'nın 2015 yılındaki çalışmasında, hemşirelerin en sık yanlış doz, yanlış ilaç uygulaması ve yanlış hastaya ilaç verilmesi konusunda ilaç hatası yaptıkları belirtilirken bu hataların sebepleri olarak da hemşire sayısının yetersizliği, iş yükünün fazla oluşu, bilgi eksikliği gösterilmiştir. Ayrıca hemşirelerin en sık yaptıkları ilaç uygulama hata türleri sırasıyla yanlış ilaç ve yanlış doz olduğu görülmekle beraber literatürdeki çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Vural ve arkadaşları (2014) hemşirelerin ilaç uygulamalarında en fazla karşılaştıkları sorunların; yanlış ilaç dozu, yanlış zaman ve ilacın unutulması olarak görülmüştür. Çakmak ve ark. (2018) araştırmasında hemşirelerin en sık yanlış ilaç ve doz gibi ilaç hatalarıyla karşılaşmalarında, ilaç hata sebepleri olarak en sık yazılışı, okunuşu ve görünümü benzer olan ilaçlardan kaynaklanabileceği görüşüne katılmışlardır. Kırşan ve ark. (2019) hemşirelerin ilaç hataları ile alakalı olarak taradıkları çalışmalar sonucunda; hemşirelerin ilaç uygulamalarında 8 doğru ilkeye uyumlarının düşük olduğu ve en fazla yapılan ilaç hatasının ise yanlış doz olduğu belirlenmiştir. Salami ve arkadaşları (2019) çalışmalarında ise; hemşirelerin en sık yaptıkları ilaç hata türünü yanlış zaman ve yanlış hasta olarak geçmiş yıllara benzer sonuçlar elde etmişlerdir. İlaç uygulama hatalarının temeli incelendiğinde Aslan (2020) çalışmasında en sık yanlış istem/reçeteleme, yanlış doz, ilaç izlem (advers etki), ilaç uygulama noktasında hata yapıldığını tespit etmiştir. Acil serviste çalışan hemşireler ilaç hatalarından en sık yanlış ilacın uygulanması düşüncesine katılmışlardır. (Aygin ve ark, 2020). Özen ve arkadaşlarının

(2019) çalışmasında erişkin bireylere ait ünitelerde çalışanlarda en çok yanlış ilaç hatası yapıldığı tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda da doktorların ilaç istemlerinin anlaşılabilir yazılması ve yazılı talimat yerine sözlü order kullanılmasının ilaç hatasının meydana gelmesinde önemli rolleri olduğu görülmüştür. Karagözoğlu ve ark.'nın (2019) çalışmasına göre, hemşirelerin en sık karşılaştıkları ilaç hatasının yanlış ilaç uygulaması olduğu görülmüştür. Ayrıca yine bu çalışmada da hemşirelerin ilaç hatalarıyla karşılaşma oranları yüksek bulunurken hata bildirim oranının düşük olduğu belirtilmiştir. Mendes ve ark.'nın (2018) çalışmasına göre de ilaçların hazırlanması ve uygulanması ile ilgili en çok hata asepsi ilkelerinin ihlal edilmesi sonucu gerçekleştiği vurgulanmıştır.

İncelenen araştırmalarda, hemşirelerin ilaç hatalarını raporlama oranları düşük bulunmuştur. Alharbi ve ark.'nın (2020) çalışmasında, hemşirelerin çok az hata bildirimini yaptıkları ifade edilmiştir. Aynı şekilde Semiz Aydın ve ark.'nın (2015) çalışmasında da hemşirelerin ilaç hatalarını bildirmedikleri ve ilaç hatalarının bildirimindeki en büyük engelin cezalandırılma korkusu olduğu belirtilip ilaç hatası raporlama konusundaki engellerin kalkması için kurumsal stratejilerin gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Özlü ve ark.'nın (2015) çalışmasında da hemşirelerin hata bildirimini yapmamalarındaki en büyük nedenin suçlanma-cezalandırılma korkusu olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlara karşın Gök ve Sarı'nın (2017) yapmış olduğu çalışma sonucuna göre, hemşirelerin tıbbi hatalar ve hata bildirimini konusundaki farkındalığının yüksek olduğu ifade edilmiştir. Yıldız ve Yıldız'ın (2020) araştırmasında, hemşirelerin ilaç uygulama hatalarını güvenli raporlama sistemine bildirme ile ilgili olumsuz tutumları olduğu ancak ilaç uygulama süreçlerine ilişkin olumlu bilgi ve tutuma sahip oldukları tespit edilmiştir. Buna benzer Yöntem ve ark.'nın (2019) çalışmasına göre de hemşirelerin ilaç uygulama ve hataları raporlamayla ilgili olumlu ve olumsuz tutumlarının olduğu görülmüştür. Görüldüğü üzere çalışmaların çoğunda hemşirelerin ilaç hatalarının çok az bir kısmını raporladıkları belirtilirken bazı çalışmalarda da hemşirelerin ilaç hataları konusunda farkındalıklarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Türkiye Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) verileri tıbbi hata sonuçlarında ilaç hatalarının en fazla yanlış doz, yanlış ilaç istemi ve yanlış ilaç uygulama olarak belirlenmiştir. (Uzuntarla ve Tural Büyük,2021).

Gerçekler ve ark. (2015) yenidoğan ve çocuk hemşirelerinin ilaç hatalarını belirlemek amacıyla 111 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirdiği çalışmada da hemşirelerin %25,7'sinin ilaç hatası yaptığı ve %46,3'ünün kendisi haricindeki sağlık personelleri tarafından ilaç hatası yapıldığı belirtilmiştir. Bu ilaç hatalarının nedenleri de yanlış doz, yanlış ilaç ve yanlış yol uygulaması olarak gösterilmiştir. Yapılan hataların nedenleri arasında hemşirelerin ağır

çalışma koşulları, kişisel ihmal ve tecrübesizlikten kaynaklandığı belirtilmiştir (Baran ve Akın Korhan, 2023). Aseeri ve arkadaşları (2020) yenidoğan ve çocuk hemşireleriyle yaptıkları çalışmada hemşirelerin sırasıyla ik sırada yanlış zaman, ikinci sırada yanlış doz ve üçüncü sırada yanlış hasta olarak ilaç uygulama hatası yaptıklarını tespit etmişleridir.

Sonuç

Yenidoğan ve çocuk hastalarda ilaç uygulamaları yetişkin hastalara göre daha farklı ve karmaşık olduğundan ilaç uygulamada hata oranının yükselmesine neden olmaktadır. Riskli grup olan çocuk ve yenidoğanlarda yapılan ilaç uygulama hatalarına yönelik araştırma sayısının az olduğu, daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır.

İlaç hata oranlarının belirlemek için yapılan hataların hastanelerdeki Güvenlik Raporlama Sistemine bildirilmesi oldukça önemlidir fakat çeşitli sebeplerle bu bildirimlerin yeterince yapılmadığı tespit edilmiştir. Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda, her geçen gün artan iş yükü, kompleks hasta oranı, kliniklerde çalışan hemşire sayısının yetersiz olması, pazarda bulunan ilaç sayısı vs. bağlı olarak ilaç kaynaklı sorunların saptanmasında önemli bir standart olan klinik eczacılık uygulamalarının gerçekleştirilemediği bu alanda kullanılmak üzere yapay zekâ teknolojilerine duyulan ihtiyacın arttığı görülmektedir.

Hemşirelerin ilaç hazırlama sırasında dikkatlerinin dağılmaması, ilaç hazırlama ve uygulama sürecinde 8 doğru ilkenin kullanılması, kendi hazırladığı ilacın dışında ilaç uygulamaması, ilaç hatalarını önlemek için spesifik ilaç doz kartlarını hazırlayıp kullanmaları, yazılışı, okunuşu ve görünümünü benzer olan ilaç listelerinin eczane ve kalite birimi aracılığıyla hazırlanması ve listelerin ulaşılabilir olması, periyodik olarak güvenli ilaç uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim verilmesi ve ayrıca ilaç uygulamalarında teknolojik gelişmelerden yararlanılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Uzuntarla, E. & Tural Büyük, E. (2021). Hemşirelerin İlaç Uygulama Hata Deneyimleri ile İlaç Hata Nedenlerine Yönelik Algıları. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (3), 641-654
- Kırşan, M., Korhan, E. A., Şimşek, S., Özçiftçi, S., & Ceylan, B. (2019). Hemşirelik Uygulamalarında İlaç Hataları: Bir Sistemik Derleme. Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences, 11(1).
- Alghamdi, A. A., Keers, R. N., Sutherland, A., & Ashcroft, D. M. (2019). Prevalence And Nature Of Medication Errors And Preventable Adverse Drug Events In Paediatric And Neonatal Intensive Care Settings: A Systematic Review. Drug Safety, 42, 1423-1436.
- Aslan, Y. (2020). İlaç Kaynaklı Tıbbi Hata/Olay Bildirimlerin Dünya Sağlık Örgütü "Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması" Na Göre Değerlendirilmesi. Journal Of Health Sciences And Medicine, 3(1), S;20-25.
- Taş Arslan, F., & Akkoyun, S. (2020). Yenidoğanlarda İlaç Uygulama Hatalarında Hemşirenin Sorumluluğu, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3), S;1018-1028.
- National Coordinating Council For Medication Error Reporting And Prevention. What Is A Medication Error?. Erişim Adresi: <https://www.nccmerp.org/about-medicationerrors>. Erişim Tarihi: 05.05.2023
- <https://www.who.int/news/item/16-09-2022-who-calls-for-urgent-action-by-countries-for-achieving-medication-without-harm>. Erişim Tarihi: 15.05.2023.
- <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/20/default-calendar/nursing-and-midwifery-global-community-of-practice---medication-without-harm> . Erişim Tarihi: 15.05.2023.
- Donaldson, S. L. J., & Fletcher, M. G. (2006). The Who World Alliance For Patient Safety: Towards The Years Of Living Less Dangerously. Medical Journal Of Australia, 184(S10), S69-S72.
- Karaca Sivrikaya, S. Şimşek Kara, A. (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 8 (1), 7-14.
- Aşti T.A., Karadağ A., Hemşirelik Esasları 1, 2 Baskı. İstanbul. Akademi Basım ve Yayıncılık, 2020, Ss:737-740.
- Remiro, P. D. F. R., Nagahara, M. H. T., Azoubel, R. A., Franz-Montan, M., D'ávila, M. A., & Moraes, Â. M. (2022). Polymeric Biomaterials For Topical Drug Delivery In The Oral Cavity: Advances On Devices And Manufacturing Technologies. Pharmaceutics, 15(1), 12.
- Escrivá Gracia, J., Brage Serrano, R., & Fernández Garrido, J. (2019). Medication Errors And Drug Knowledge Gaps Among Critical-Care Nurses: A Mixed Multi-Method Study. BMC Health Services Research, 19(1), 1-9.

- Temizsoy, E. (2018). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde İlaç Uygulamaları. E. Özek & Hs Bilgen (Eds.), Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 121, 128.
- Manias, E., Kusljic, S., & Wu, A. (2020). Interventions To Reduce Medication Errors In Adult Medical And Surgical Settings: A Systematic Review. *Therapeutic Advances In Drug Safety*, 11, 2042098620968309.
- Baran, Z. Akın Korhan, E. (2023), Hemşire Kaynaklı İlaç Hatalarının Nedenleri ve Önlenmesine Yönelik Güncel Yaklaşımlar: Sistematik Derleme. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 58-76.
- Yayla, Z. (2019), *Pediatric Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İlaç Uygulama Hatalarının Gözlenmesi* (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü), S:9-13.
- Esenkaya, E., Golbasi, Z., & Bayer, N. (2022). Perinatal Dönemde İlaç Güvenliği ve Hemşirelerin Rolü. *Journal Of Social And Analytical Health*, 2(3), 362-367.
- Bayar, E., Törüner, E. K. (2019). Yenidoğanlarda İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirelik Girişimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 204-209.
- Yalçın, N. (2022). Yenidoğan Hastalarda İlaç Kaynaklı Sorunlar, Doktora Tezi, Ankara, S.90-110.
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). Compassion Fatigue In Critical Care Nurses And Its Impact On Nursesensitive Indicators In Saudi Arabian Hospitals. *Australian Critical Care*, 33(6), S:553-559.
- Semiz-Aydın, S. (2015). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin İlaç Hatası Bilgi Durumları ve İlaç Hatalarının Raporlanması İle İlgili Düşüncelerinin Değerlendirilmesi (Master's Thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Özlu, Z. K., Eskici, V., Aksoy, D., Nadiye, Ö. Z. E. R., Yayla, A., & Avşar, G. (2015). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İlaç Uygulama Hatalarına Yönelik Görüş ve Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 83-104.
- Derya, G. Ö. K., & Sarı, H. Y. (2017). Pediatric Hemşirelerinin Tıbbi Hatalardaki Tutumları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 7-13.
- Yıldız, F. T., & Yıldız, İ. (2020). Hemşirelerin İlaç Uygulama Hatalarına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(1), 29-41.
- Yöntem, S., Güntürkün, F., Tokem, Y., & Kaplan, Y. C. (2019). İlaç Hatalarına Yönelik Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 51-9.

- Karagözoğlu, Ş., Meryem, O. T. U., & Coşkun, G. (2019). Bir Araştırma ve Uygulama Hastanesinde İlaç Hatalarının Bildirimine Yönelik Hemşirelerin Düşünceleri Ve İlaç Hatalarını Raporlama Alışkanlıkları. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 26-39.
- Mendes, J. R., Lopes, M. C. B. T., Vancini Campanharo, C. R., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2018). Types And Frequency Of Errors In The Preparation And Administration Of Drugs. *Einstein (São Paulo)*, 16(3), Eao4146.
- Gerçekler, G. Ö., Didişen, N. A., Bolişik, B., & Başbakal, Z. (2015). Pediatri Hemşirelerinin İlaç Hataları ve Eşdeğer İlaç Kullanımına İlişkin Deneyimlerinin ve Görüşlerinin İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 210-215.
- Çakmak, C., Demir, H., & Kıdak, B. (2017). A Research On Examination Of Medical Errors Through Court Judgments. *Journal Of Turgut Özal Medical Center*, 24(4), 443-9.
- Vural, F., Çiftçi, S., Şükran, F. İ. L., Aydın, A., & Vural, B. (2014). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 152-157.
- Salami I, Subih M, Darwish R, Al-Jbarat M, Saleh Z, Maharmeh M, Alasad J, Al-Amer R. (2019). Medication Administration Errors: Perceptions Of Jordanian Nurses. *Journal Of Nursing Care Quality*; 34(2), E7-E12.
- Aygin D, Yaman Ö, Bitirim E. (2020). İlaç Uygulama Hataları: Acil Servis Örneği. *Baun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2) :S:75-82.
- Aseeri M, Banasser G, Baduhduh O, Baksh S, Ghalibi N. (2020). Evaluation Of Medication Error Incident Reports At A Tertiary Care Hospital. *Pharmacy*; 8:69. Doi:10.3390/Pharmacy8020069.
- Özen N, Onay T, Terzioğlu F. (2019). Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi (Hsp)*; 6(2): 283-92. Doi:10.17681/Hsp.451510

Lavanta Yağının Kadın Sağlığında Kullanımı

Ayşe Eminov¹

Özet

Aromaterapi, “esansiyel bitki bazlı yağların tedavi amaçlı kullanılması” bilimidir. Esansiyel yağlar ve aromaterapi yüzyıllardır kadınların sağlığını ve yaşam tarzlarını desteklemekte ve uzun bir kullanım geçmişine sahip olduğu bilinmektedir. Kadınların sağlık hizmetleri için güvenli ve etkili seçenekler aramasıyla aromaterapiye ilgi artmıştır. Rahatlatıcı esansiyel yağların temsilcisi olan lavanta, psikosomatik doğum ve jinekolojinin klinik alanlarında geniş bir kullanıma ve popülerliğe sahiptir. Lavanta yağıyla yapılan terapötik tedaviler, kadınların doğum ağrısı, sezaryen sonrası ağrısı, doğum sonrası depresyon ve anksiyeteyi azaltması, dismenoreyi azaltma ve menapoz semptomlarını hafifletmesi nedeniyle en çok tercih edilen yağlar arasındadır.

1. GİRİŞ

Aromaterapi, medyadaki varlığından da anlaşılacağı üzere, sağlıkla ilgili çeşitli nedenlerden dolayı destekleyici bir terapötik tedavi olarak ve sağlıklı yaşam uygulaması olarak giderek artan bir ilgi görmektedir. Tamamlayıcı ve alternatif tıp olarak aromaterapi uzun zamandır kadın sağlığını iyileştirmek için kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan bir madde olan lavanta yağının, diğer bitkisel maddeler arasında en düşük toksisite ve alerjik etki riskine sahip olduğu bilinmektedir (Arslan & Ozer, 2016). Lavanta yağı, linalool, linalil asetat, lavanta, geronil tanen, flavonoidler ve sineol içermekte ve antimikrobiyal, antifungal, antibiyotik ve antidepresan etkilere sahiptir (Tillett & Ames, 2010). Lavanta, doğumu hafifletmek amacıyla psikosomatik doğum ve jinekoloji alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Araştırmacılar sezaryen sonrası ağrı, dismenore (Apay, Arslan, Akpınar, & Celebioglu, 2012), nöro-protektif (Patel & Gogna, 2015), doğum sonrası depresyon, anksiyete (Conrad & Adams, 2012), sıcak basması, melankoli ve miyalji gibi semptomları en aza indirmek için, lavantanın anti-spazmodik,

1 Phd Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ayse.eminov@ege.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-2587-8584>

idrar söktürücü ve ağrı giderici özellikleri de dahil olmak üzere çeşitli özelliklerini öne sürmüşlerdir (Kazemzadeh, Nikjou, Rostamnegad, & Norouzi, 2016).

Lavanta esansının en önemli bileşenleri linalilasetat ve geranilasetattır. Genel olarak linalilasetat ağrı kesici olarak tanımlanmıştır (Kazemzadeh et al., 2016). Lavanta yağı kadınların tüm dönemlerinde tercih ettikleri yağların başında gelmektedir.

1.1.PREMESTRÜAL DÖNEM (PREMENSTRÜAL SENDROM / PMS)

Preenstrüel Sendrom (PMS), kadınlarda menstruasyondan yaklaşık bir hafta önce başlayan, bir takım fiziksel ve psikolojik belirtilerle ortaya çıkan bir sağlık sorunudur (Uzunçakmak & Ayaz Alkaya, 2018)(Padhy et al., 2015). Bu fiziksel ve psikolojik belirtiler birkaç gün içinde ortadan kalksa da baş edilmesi zor hale gelebilir (Kloss, Marcom, Odom, Tuggle, & Weatherspoon, 2012). PMS tüm dünyada doğurganlık çağındaki kadınların %20 ile %40'ını etkilemektedir. Her ne kadar bazı ilaçlar PMS semptomlarını hafifletse de tüm semptomları durduracak bir tedavi bulunmadığından kadınlar geleneksel ve alternatif yöntemlere yönelebilmektedir. PMS ile baş edebilmek için literatürde bitkisel ilaç, akupunktur, sağlıklı beslenme, stres kontrolü ve aromaterapi gibi alternatif yöntemler mevcuttur (Taavoni, Barkhordari, Goushegir, & Haghani, 2014). Uzunçakmak ve ark (2018)'nin aromaterapi olarak lavanta yağını kullandığı çalışmasında; inhalasyon yoluyla aromaterapinin etkili olduğunu ve PMS ile baş etmede alternatif bir yöntem olarak kullanılabileceğini bildirmiştir (Uzunçakmak & Ayaz Alkaya, 2018). Matsumoto ve ark (2013)'nin yapmış olduğu, lavanta kokusunun kısa süreli solunması ile aromaterapinin geç luteal otonom sinir sistemi aktivitesi ve adet öncesi duygusal semptomlarda iyileşme üzerindeki etkilerini araştıran çalışmada, aromaterapinin PMS'nin duygusal semptomlarını hafiflettiğini belirtmektedir (Matsumoto, Asakura, & Hayashi, 2013). Nikjou ve ark. (2016) yapmış olduğu çalışmada; lavantanın birincil dismenore ve ağrı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu bildirmiştir (R Nikjou et al., 2016). Ayrıca Ou ve ark. 2012'de yaptıkları bir araştırmada lavanta, adaçayı ve mercanköşk yağları ile 2:1:1 oranında aromaterapinin dismenorenin ağrı şiddetini azalttığını bildirmiştir (Ou, Hsu, Lai, Lin, & Lin, 2012). Fakat Shahnazi ve ark(2012)'nin yapmış oldukları çalışmada, rahim içi araç (RİA) yerleştirme ağrısını lavanta aromaterapisinin hafifletmediğini bildirmişlerdir (Shahnazi, Nikjoo, Yavarikia, & Mohammad-Alizadeh-Charandabi, 2012).

1.2.GEBELİK VE DOĞUM DÖNEMİ

Bir kadının gebelik sırasındaki ve gebelik öncesindeki sağlık durumu, anne ve fetüs sonuçlarını önemli ölçüde etkilemektedir (Schetter, 2011). Gebelikte psikolojik belirtilerin ortaya çıkması ve kötüleşmesi sık görülen bir durumdur ve kadının gebeliği ve doğumdaki değişiklikleri kabul edememesine neden olabilmektedir.

Lavanta aromaterapisi doğum sonrası kadınlarda görülen psikolojik belirtilere sahip kadınlarda norepinefrin düzeylerini de etkili bir şekilde azalttığı bildirilmiştir (Amirhosseini, Dehghan, Mangolian Shahrabaki, & Pakmanesh, 2020). Bir çalışma, lavanta yağı kullanılarak yapılan aromaterapi masajının gebe kadınlarda stresi önemli ölçüde azaltabildiğini ve bağışıklık fonksiyonunu geliştirebildiğini bulmuştur (Chen et al., 2017). Ayrıca lavanta ile yapılan aromaterapinin doğum yapmamış kadınlarda anksiyete durumunu iyileştirdiği ve doğum sırasında adrenal bezden kortizol salgısını azalttığı görülmüştür (Mirzaei, Keshtgar, Kaviani, & Rajacifar, 2009). Bir meta-analizde lavanta aromaterapisinin kaygıyı olumlu yönde azalttığı ve kortizol düzeylerin de azalttığı görülmüştür (Kang, Nam, Lee, & Kim, 2019).

Kadın doğum süreciyle ilk kez karşılaştığında çoğu zaman doğum sancısıyla başa çıkmaktan dolayı endişe duyar ve endişeli olarak görülür. Doğum ağrısı, hızlı değişikliklerle birlikte ilerleyicidir. Dilatasyon ilerledikçe lokalizasyon ve şiddette artış ve rahim kasılmalarının yoğunluğu da artar (Silva Gallo et al., 2013). Aromaterapi, ağrının giderilmesinde farmakolojik olmayan yöntemlerden biri olup lavanta esansiyel yağı hafif, sakinleştirici ve antispazmodik etkilere sahiptir. Anksiyeteyi tedavi etmek için aromaterapi ile yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, aromaterapi grubu ile kontrol grubu arasında ortalama ağrı skorlarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bu da lavanta yağının doğum sancılarında etkili olduğu anlamına gelmektedir (Zahra & Leila, 2013). Janula R ve Mahipal S (2015) yapmış oldukları çalışmada aromaterapi masajının etkin olduğunu ve doğumun tüm aşamalarında doğum ağrısını azalttığını bildirmişlerdir (Janula & Mahipal, 2015). Ayrıca, Zahra A ve Leila M (2012) yapmış oldukları çalışmada; lavantanın yağ masajının doğum ağrısını azaltmada etkili bir yöntem olduğunu savunmuşlardır (Zahra & Leila, 2013).

Gebelikte ortaya çıkan semptomlar aynı zamanda beslenme düzenini, anne ve fetüsün bakımını da olumsuz yönde etkileyebilir. Bazı çalışmalarda lavanta yağının gebelikte bulantı ve kusmaya olumlu etkisi rapor edilmiştir (Mahmoud, Ghani, Tawfik, & Ibrahim, 2013)(Rahayu & Sugita, 2018). Bu çalışmalardan birinde, lavanta yağının bulantı ve kusma sıklığı

üzerinde zencefilden daha etkili olduğu görülmüştür (Rahayu & Sugita, 2018). Başka bir çalışmada, müdahalenin üçüncü gününde Lavanta ve Nane kombinasyonunun bulantı ve kusma sıklığını azalttığı görülmüştür (Mahmoud et al., 2013). Başka bir çalışmada ise, nane aromasının solunmasının, müdahalenin beşinci gününde gebelikte ki bulantı ve kusmayı önemli ölçüde azalttığı, ancak kaygı düzeyini azaltmadığını bildirmişlerdir (Amzajardi, Keshavarz, Montazeri, & Bekhradi, 2019).

Lavanta yağının, abortus ile ilişkisi bilinmemekle birlikte gebeliğin ilk üç ayında kullanımı önerilmemektedir (Bastard & Tiran, 2006). Ancak ikinci ve üçüncü trimesterde güvenli olduğu ağrı ve ödemi azalttığı, organ perfüzyonunu ve gevşemeyi artırarak ve annede hoş bir his oluşmasına neden olabileceği bildirilmiştir (Vakilian, Atarha, Bekhradi, & Chaman, 2011).

1.3.MENAPOZ DÖNEMİ

Menopoz, her ne kadar kadınların hayatında normal bir dönem olarak kabul edilse de birçok kadın bu dönemin öncesinde ve sonrasında çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Menopoz, hem semptomları, hem de komplikasyonları yoluyla kadınların zihinsel, fiziksel ve duygusal sağlığını yanı sıra sosyal performansı ve aile ilişkilerini etkilemektedir (Nisar & Soho, 2010). Tamamlayıcı ve alternatif tıp, günümüzde menopoz dönemindeki kadınların semptomlarını hafiflettiği gösterilmekte ve tercih edilen tedavi yöntemlerinden biri haline gelmiştir (Roya Nikjou, Kazemzadeh, Asadzadeh, Fathi, & Mostafazadeh, 2018). Son on yılda menopoz semptomlarını azaltmak için beslenme, spor, aromaterapi, homeoterapi, rahatlama ve bitkisel ilaçlar gibi hormonal olmayan tedavilerin kullanımının önemini arttırdığı bilinmektedir (Kazemzadeh et al., 2016). Menopoz döneminde kadınların yaşadıkları semptomlar, ateş basması ve gece terlemesi gibi vazomotor semptomları ve yorgunluk, fiziksel ağrı ve vajinal kuruluk gibi somatik semptomları kapsamaktadır. Psikolojik semptomlar arasında ise sinirlilik, stres, kaygı, depresyon, cinsel istekte azalma ve uykuya ilgili sorunlar yer almaktadır (Levis & Griebeler, 2010). Williams ve ark. ateş basması ve gece terlemesi gibi vazomotor semptomların kadınlarda cinsel aktivite ve enerji seviyelerini kötü etkilediğini ve genellikle yaşam kalitelerinde bir azalmaya neden olduğunu göstermiştir (Williams, Levine, Kalilani, Lewis, & Clark, 2009).

Kalarhoudi ve ark. yaptıkları çalışmada menopoz döneminde cinsel isteğin azaldığını ve cinsel işlev bozukluğunun arttığını göstermiştir (Kalarhoudi, Taebi, Sadat, & Saberi, 2011). Malakouti ve ark.nın, menopoz sonrası kadınlarda lavanta esansiyel yağının diğer esansiyel yağlarla birlikte solunmasının cinsel istek üzerindeki etkisi üzerine yaptığı çalışmada, lavanta

esansiyel yağ kombinasyonunun 6 hafta boyunca günde üç kez kullanılmasının menopoz sonrası dönemdeki cinsel performansı iyileştirdiğini göstermektedir (Malakouti, Jabbari, Jafarabadi, Javadzadeh, & Khalili, 2017).

Menopoz dönemindeki ve orta yaşlı kadınların bitkisel takviyeleri kullanma eğiliminin yüksek olması ve bu takviyelerin belirtilen yaşlarda etkinliği konusunda yapılan çalışmaların sınırlı olması göz önüne alındığında, aromaterapi konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu ve menopoz semptomlarının fiziksel ve sosyal açıdan istenmeyen etkilerinin göz önüne alınması gerekmektedir.

2.Sonuç

Lavanta yağı aromaterapisinin, jinekoloji ve obstetrik pratikte fiziksel ve psikolojik semptomların şiddetini azaltmakta faydalı olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmektedir. Komplikasyonları azaltmanın güvenli, noninvaziv ve kolay bir yolu olarak kullanılabilir. Ayrıca, kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde mutlaka lavantayı kullandıkları ve hoş kokusu nedeniyle çok tercih ettikleri söylenebilir.

Gebelikte, bitkisel aromaterapilerin güvenle kullanılabileceğini kanıtlamak zordur, ancak tüm göstergeler **lavanta yağının kullanımının güvenli olduğunu göstermektedir**. Kullanıcı bakış açılarını ve deneyimlerini dikkate alan hedef gruba özgü araştırmalar hala eksikliği nedeniyle daha çok randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu ve bu nedenle aromaterapiyi kullanmadan önce bir uzmana danışılması gerektiği, kulaktan dolma bilgilerle aromaterapilerin kullanılmaması gerektiğini söylemeliyiz..

KAYNAKLAR

- Amirhosseini, M., Dehghan, M., Mangolian Shahrabaki, P., & Pakmanesh, H. (2020). Effectiveness of Aromatherapy for Relief of Pain, Nausea, and Vomiting after Percutaneous Nephrolithotomy: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Medicine Research*, 27(6), 440–448. <https://doi.org/10.1159/000508333>
- Amzajerdi, A., Keshavarz, M., Montazeri, A., & Bekhradi, R. (2019). Effect of mint aroma on nausea, vomiting and anxiety in pregnant women. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(8), 2597.
- Apay, S. E., Arslan, S., Akpınar, R. B., & Celebioglu, A. (2012). Effect of aromatherapy massage on dysmenorrhea in Turkish students. *Pain Management Nursing*, 13(4), 236–240.
- Arslan, S., & Ozer, N. (2016). Touching, Music Therapy and Aromatherapy's Effect on the Physiological Situation of the Patients in Intensive Care Unit. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3).
- Bastard, J., & Tiran, D. (2006). Aromatherapy and massage for antenatal anxiety: its effect on the fetus. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(1), 48–54.
- Chen, P.-J., Chou, C.-C., Yang, L., Tsai, Y.-L., Chang, Y.-C., & Liaw, J.-J. (2017). Effects of Aromatherapy Massage on Pregnant Women's Stress and Immune Function: A Longitudinal, Prospective, Randomized Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(10), 778–786. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0426>
- Conrad, P., & Adams, C. (2012). The effects of clinical aromatherapy for anxiety and depression in the high risk postpartum woman—a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18(3), 164–168.
- Janula, R., & Mahipal, S. (2015). Effectiveness of Aromatherapy and Biofeedback in Promotion of Labour Outcome during Childbirth among Primigravidas. *Health Science Journal*, 9(1).
- Kalarhoudi, M. A., Taebi, M., Sadat, Z., & Saberi, F. (2011). Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in kashan, iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13(11), 811.
- Kang, H.-J., Nam, E. S., Lee, Y., & Kim, M. (2019). How Strong is the Evidence for the Anxiolytic Efficacy of Lavender?: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Asian Nursing Research*, 13(5), 295–305. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.11.003>
- Kazemzadeh, R., Nikjou, R., Rostamnegad, M., & Norouzi, H. (2016). Effect of lavender aromatherapy on menopause hot flushing: A crossover randomized clinical trial. *Journal of the Chinese Medical Association*, 79(9), 489–492. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcma.2016.01.020>

- Kloss, B. A., Marcom, L. A., Odom, A. M., Tuggle, C. L., & Weatherspoon, D. (2012). PMS Treatment Through the Use of CAM. *International Journal of Childbirth Education*, 27(3).
- Levis, S., & Griebeler, M. L. (2010). The role of soy foods in the treatment of menopausal symptoms. *The Journal of Nutrition*, 140(12), 2318S-2321S.
- Mahmoud, R., Ghani, A., Tawfik, A., & Ibrahim, A. (2013). The Effect of Aromatherapy Inhalation on Nausea and Vomiting in Early Pregnancy : A Pilot Randomized Controlled Trial, 3(6), 10–22.
- Malakouti, J., Jabbari, F., Jafarabadi, M., Javadzadeh, Y., & Khalili, A. (2017). The impact of ginkgo biloba tablet and aromatherapy inhaler combination on sexual function in females during postmenopausal period: A double-blind randomized controlled trial. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 5(2), 129–136.
- Matsumoto, T., Asakura, H., & Hayashi, T. (2013). Does lavender aromatherapy alleviate premenstrual emotional symptoms?: a randomized crossover trial. *BioPsychoSocial Medicine*, 7(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-7-12>
- Mirzaei, F., Keshtgar, S., Kaviani, M., & Rajaeifar, A. R. (2009). The effect of lavender essence smelling during labor on cortisol and serotonin plasma levels and anxiety reduction in nulliparous women. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 16(3), 245–254.
- Nikjou, R., Kazemzadeh, R., Rostamnegad, M., Moshfegi, S., Karimollahi, M., & Salehi, H. (2016). The effect of lavender aromatherapy on the pain severity of primary dysmenorrhea: A triple-blind randomized clinical trial. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 6(4), 211. https://doi.org/10.4103/amhsr.amhsr_527_14
- Nikjou, Roya, Kazemzadeh, R., Asadzadeh, F., Fathi, R., & Mostafazadeh, F. (2018). The Effect of Lavender Aromatherapy on the Symptoms of Menopause. *Journal of the National Medical Association*, 110(3), 265–269. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jnma.2017.06.010>
- Nisar, N., & Sohoo, N. A. (2010). Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of Menopause: a community based survey from rural Sindh, Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2(5), 118.
- Ou, M., Hsu, T., Lai, A. C., Lin, Y., & Lin, C. (2012). Pain relief assessment by aromatic essential oil massage on outpatients with primary dysmenorrhea: A randomized, double-blind clinical trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(5), 817–822.
- Padhy, S. K., Sarkar, S., Beherre, P. B., Rathi, R., Panigrahi, M., & Patil, P. S. (2015). Relationship of premenstrual syndrome and premenstrual

- dysphoric disorder with major depression: Relevance to clinical practice. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 159–164.
- Patel, S., & Gogna, P. (2015). Tapping botanicals for essential oils: Progress and hurdles in cancer mitigation. *Industrial Crops and Products*, 76, 1148–1163. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.indcrop.2015.08.024>
- Rahayu, R., & Sugita, S. (2018). Efektivitas Pemberian Aromaterapi Lavender Dan Jahe Terhadap Penurunan Frekuensi Mual Muntah Pada Ibu Hamil Trimester I Di BPM Trucuk Klaten. *Jurnal Kebidanan Dan Kesehatan Tradisional*, 3(1), 19–26. <https://doi.org/10.37341/jkkt.v3i1.62>
- Schetter, C. D. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes. *Biopsychosocial Models, And*.
- Shahnazi, M., Nikjoo, R., Yavarikia, P., & Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. (2012). Inhaled lavender effect on anxiety and pain caused from intrauterine device insertion. *Journal of Caring Sciences*, 1(4), 255.
- Silva Gallo, R. B., Santana, L. S., Jorge Ferreira, C. H., Marcolin, A. C., PoliNeto, O. B., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 59(2), 109–116. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(13\)70163-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1836-9553(13)70163-2)
- Taavoni, S., Barkhordari, F., Goushegir, A., & Haghani, H. (2014). Effect of Royal Jelly on premenstrual syndrome among Iranian medical sciences students: A randomized, triple-blind, placebo-controlled study. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(4), 601–606.
- Tillett, J., & Ames, D. (2010). The uses of aromatherapy in women's health. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(3), 238–245.
- Uzunçakmak, T., & Ayaz Alkaya, S. (2018). Effect of aromatherapy on coping with premenstrual syndrome: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 36, 63–67. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.11.022>
- Vakilian, K., Atarha, M., Bekhradi, R., & Chaman, R. (2011). Healing advantages of lavender essential oil during episiotomy recovery: A clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(1), 50–53. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2010.05.006>
- Williams, R. E., Levine, K. B., Kalilani, L., Lewis, J., & Clark, R. V. (2009). Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*, 62(2), 153–159.
- Zahra, A., & Leila, M. S. (2013). Lavender aromatherapy massages in reducing labor pain and duration of labor: A randomized controlled trial. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 7. Retrieved from <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:51862046>

Psikiyatri Kliniğine Tekrarlı Yatışlar ve Maliyet Analizi: Derleme Çalışması

Necla Şahin¹

Birgül Özkan²

Özet

Psikiyatrik bozuklukların tedavi maliyeti veya genel olarak topluma ve ekonomik sisteme yüklediği maliyeti, ve bu kişilerin topluma kazandırılmış kişiler olarak kalmaları uygulanan tedavinin temel hedeflerinden biri olması nedeniyle göz ardı edilmemesi gereken ciddi bir faktördür. Bu çalışma, bir psikiyatri kliniğinde yeniden hastaneye yatış ve maliyetlerle ilgili temel kavramları tanımlamak, açıklığa kavuşturmak ve gözden geçirmek amacıyla yapılan çalışmalardan veri toplamak amacıyla yapılmıştır.

Çalışma için literatür taraması Mayıs-Ağustos 2023 tarihinde yapılmıştır. Tarama sürecinde; Google Scholar, Dergi park, Cochrane, Pubmed, Yök Tez, Ulakbim veri tabanları kullanılmıştır. Araştırma; ‘psikiyatri maliyeti’ ‘hastane maliyeti’ ‘psikiyatri klinik yatış’ ‘psikiyatri tekrarlı yatış’ ‘psikiyatri yatış maliyeti’ türkçe ve ‘cost of psychiatry’, ‘hospital cost’, ‘psychiatry clinical admission’, ‘psychiatry repeated clinical admission’ ingilizce anahtar kelimeleri taranarak yürütülmüştür.

Derlemede psikiyatri klinik yatışları sonucunda oluşan maliyet; maliyet analizi, hastane maliyet analizi, psikiyatri klinik tanı grupları ve maliyet, psikiyatri kliniği tekrarlı yatış maliyeti başlıkları incelenmiştir.

Literatürde psikiyatri kliniğine yatış maliyetini ölçen ve psikiyatride kullanılan ilaç maliyetlerini ölçen araştırma makalelerinin çoğunlukta olduğu görülmüştür.

1 YL Öğrencisi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, nclksrshn@gmail.com
ORCID:0000-0002-2957-8637

2 Doç.Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, ozkanbirgul7@gmail.com,
ORCID:0000-0002-1271-8007

1.Giriş

Maliyet analizinin farklı tanımları olmakla birlikte genel olarak; geçmiş maliyet bilgilerinin kaydedildiği maliyet sistemlerinden verilerin alınarak değerlendirilip yorumlanarak ileriye yönelik yol gösterici bir maliyet planlamasının yapılmasıdır. Yani mevcut veriler incelenerek bunların ne kadara mal olduğunun hesaplanması olarak tanımlanmaktadır(1,2,3).

Hastanelerde maliyet, her kurumun kendi faaliyet alanını ortaya koyan sağlık hizmetini üretmek için kullandığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değerini ifade etmektedir (2). Bir hastalığın toplam maliyeti doğrudan ve dolaylı maliyetlerinin tümünü kapsamaktadır(4). Sağlıkta maliyet hesaplama sürecinde genellikle yalnızca doğrudan medikal maliyet ele alınmaktadır(4,5).

Psikiyatrik bozuklukların tedavi ve rehabilitasyon maliyetlerinde ülkeler ve zaman ile ilişkili olarak farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıkların görülme durumu ülkelerin nüfusuna, sağlık sistemlerinin yapısına, psikiyatrik bozuklukların görülme sıklıklarına ve maliyet hesaplamasında kullanılan yöntemlerin farklılığından dolayı kaynaklanabilmektedir (4,6,7). Hastaların toplam maliyetlerine ele alındığında tedavi, terapiler ve yatak maliyetleri ilk sıralarda karşımıza çıkmaktadır ve literatürdeki konu ile ilişkili benzer araştırmalar ile uyumludur (4,8). Psikiyatrik bozuklukların tedavi maliyeti veya genel olarak topluma ve ekonomik sisteme yüklediği maliyeti, ve bu kişilerin topluma kazandırılmış kişiler olarak kalmaları uygulanan tedavinin temel hedeflerinden biri olması nedeniyle göz ardı edilmemesi gereken ciddi bir faktördür(4).

Psikiyatri hastalık grupları, klinik yatış sayıları açısından incelendiklerinde aralarında istatistiksel olarak farklılıklar saptanmıştır. Kronik psikiyatrik bozukluğa sahip olan kişilerin klinik yatış sayıları ortalaması, anksiyete bozuklukları, alkol-madde kullanımına bağlı bozukluklar ve diğer psikiyatrik hastalıklara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (4).

Bu çalışma, bir psikiyatri kliniğinde tekrarlı yatışlar ve bunun hastaneye getirdiği maliyetlerle ilgili temel kavramları tanımlamak, açıklığa kavuşturmak ve gözden geçirmek için ilgili çalışmaların incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.Yöntem

Çalışma; Google Schooler, Dergi park, Cochrane, Pubmed, Yök Tez, Ulakbim veri tabanları üzerinde 'psikiyatri maliyeti' 'hastane maliyeti' 'psikiyatri klinik yatış' 'psikiyatri tekrarlı yatış' 'psikiyatri yatış maliyeti' türkçe ve 'cost of psychiatry', 'hospital cost', 'psychiatry clinical admission',

'psychiatry repeated clinical admission' İngilizce anahtar kelimeleri taranarak yürütülmüştür.

Literatürde psikiyatri kliniğine yatış maliyetini ölçen ve psikiyatride kullanılan ilaç maliyetlerini ölçen araştırma makalelerinin çoğunlukta olduğu görülmüştür. Dolayısıyla bu çalışmanın amacına uygun olarak elde edilen çalışmaların ortak sonuçları değerlendirilmiş, literatüre katkı sağlamak amacıyla psikiyatri kliniğine yatış kavramları ve hastaneye maliyeti analiz edilerek ortak terminoloji ve mevcut durum tanımlanarak elde edilen bilgiler derlenmiştir.

2.1. Literatür İncelemesi

Derlemede psikiyatri klinik yatışları sonucunda oluşan maliyet; **maliyet analizi, hastane maliyet analizi, psikiyatri klinik tanı grupları ve maliyet, psikiyatri kliniği tekrarlı yatış maliyeti** başlıkları altında tartışılmıştır.

3. Maliyet Analizi

Maliyet; işletmelerin faaliyetlerini gerçekleştirebilmesi ve işletmenin devamlılığını sağlamak amacıyla kullanılan veya kullanılması beklenen kaynakların parasal değerleridir(9). Maliyet; üretim aşamasındaki tüm giderleri ifade etmektedir(10). Maliyet 'mal ve hizmet üretimi için değer kullanımıdır'(11).

Bir kurumda veya sistemde maliyet analizlerin yapılmasındaki temel amaçlar; maliyet kontrolünü sağlamak, gelirleri hesaplamak, plan ve bütçeleri hazırlama, fiyatlandırma, birim maliyetlerini belirleme, stok değerlerini hesaplama ve yöneticilere bilgi sağlamaktır(12).

Maliyetin farklı türleri bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi olan doğrudan maliyetler; hastalığın tedavisi aşamasında ortaya çıkan maliyetleri oluşturur. Bu maliyetler; tıbbi ve tıbbi olmayan harcamaların tümünü içermektedir. Doğrudan maliyet hesaplamasında iki tür maliyet hesaplaması yaklaşımı kullanılır; Yukarıdan aşağıya maliyet yönetimi yaklaşımı ve aşağıdan yukarı maliyet yönetimi yaklaşımı(13).

Ölçülebilen maliyetler olduğu gibi ölçülemeyen maliyetler de bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi ise hastaların yaşam kalitesinde meydana gelen maliyetlerdir. Yaşam kalitesinde meydana gelen bu ölçülemeyen maliyetler; stres, anksiyete, kaygı gibi durumlardır(14). Hastalığın mortalitesi ve morbiditesinden dolayı ortaya çıkan maliyetler de dolaylı maliyetlerdir. Dolaylı maliyetler; hastalık, sakatlık ya da erken ölümlere neden olan toplumsal maliyetleri kapsamaktadır. Daha net bir tanımı ile

dolaylı maliyetler; hastalıktan dolayı meydana gelen iş gücü kaybı, rutin günlük aktiviteleri yerine getirememe vb. durumlara morbidite maliyetleri, hastalığa bağlı meydana gelen ölümlerden dolayı yaşanan kayba ise mortaliye maliyetleri şeklinde ifade edilmektedir (15).

4.Hastane Maliyet Analizi

Hastanenin kendi faaliyetlerini içeren sağlık hizmetini sunabilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin maddi değeri maliyet analizi şeklinde ifade edilmektedir (16,17). Sağlık kurumlarında maliyet analizlerinin yapılması verilen hizmetin kaliteli ve verimli olmasına katkı sağlaması açısından önem kazanmaktadır. Maliyet analizinde ilk aşamada hastanedeki kaynakların verimli bir şekilde dağılışının kontrolünün yapılması gerekmektedir. Bu durum aynı zamanda diğer sağlık kurumlarının maliyetleri ile mevcut kurumun maliyetinin karşılaştırılması açısından da olanak sağlayacaktır (12). Doğrudan maliyet hesaplamalarının içeriğinde; ilaç harcamaları, tanısal incelemelere ait harcamalar, hastalığın takibiyle ilgili giderler, poliklinik ve acil giderleri ile birlikte hastane yataklı servis harcamalarını yer almaktadır (17,18).

Hastane maliyet analizinde amaç; maliyet sisteminin, giderlerin ve gider merkezlerinin belirlenmesi, ayrıca giderler ve gider merkezlerinin uyumlaştırılması, gider dağıtımları, gider merkezlerinin ve birim maliyetlerin belirlenmesi, son olarak da raporlanmasıdır (12).

Hastalık maliyet analizi kavramı; elde bulunan kaynakların etkin şekilde kullanılmasını sağlayan analiz türünü ifade eder. Hastalık Maliyet Analizi (HMA)'nın birçok tanımı vardır: Kısıtlı kaynaklarla hasta ya da sağlık sistemi açısından akılcı kararların alınmasında, hastalıkların tanı ve tedavisinde maliyet verileri kullanılarak maliyet etkinliğini sağlayan analiz, en sık yapılan tanım olarak karşımıza çıkmaktadır (19).

HMA; Hastalığın tedavisi, tedavi yönteminde yapılan değişiklikler, erken teşhis ya da hastalığın önlenmesi ile ortaya çıkacak olan faydanın düzeyini ortaya koyar. HMA araştırmaları, toplumda belirlenmiş olan bir hastalığın fırsat maliyeti için yapılan harcamaların saptanmasına katkıda bulunur. Bununla birlikte hastalık tanısı almış bireylerin iyileşmesi ile elde edilecek faydanın miktarı da belirlenebilmektedir (20).

Sağlık kurumlarında yapılan maliyet analizleri; performans değerlendirmesi, fiyat tespiti, maliyet belirleme ve kontrolü, planlama ve bütçe tahsisi alanlarına katkı sağlar (21,22).

Sağlık kurumlarında maliyet analizi çalışmalarında ilk olarak çıktılar ortaya konulur, daha sonra gider yerleri belirlenir. Üçüncü olarak ise gider

türleri belirlenir ve bunun ardından ise belirlenmiş olan giderler gider yerlerine dağıtılır. Yönetim ve destek gider yerlerindeki giderler de gider yerlerine dağıtılır. Son olarak ise yardımcı esas gider yerlerinin toplam ve birim maliyetlerinin hesaplaması yapılır (2,23).

Sağlık ekonomisinde karşımıza çıkan önemli kavramlardan bir tanesi “hastalığın topluma olan yüküdür”. Hastalığın yükü, belli bir hastalığın doğrudan ve dolaylı maliyetler toplamının toplum üzerindeki yükü şeklinde ifade edilmektedir.

Sağlık alanında maliyet türleri ve tanımları şu şekilde yapılmaktadır:

- 1) **Doğrudan Maliyet:** Sağlık hizmetine özel tüm harcamaları içerir.
- 2) **Direkt Non-Medikal maliyet:** Bireyin sağlık hizmetinden faydalana-bilmesi için yapması gereken harcamaların tamamını kapsamaktadır.
- 3) **Dolaylı Maliyet:** Sağlık sıkıntısı sebebiyle ile hastaneye başvuran kişinin veya gönüllü olarak bu kişinin bakımından sorumlu olanların üretim kaybını içerir.
- 4) **Ölçülemeyen Maliyet:** Bireyin sağlık sıkıntısı sebebiyle yaşadığı ağrı, ıstırap ve yaşam kalitesinde düşmeler ölçülemeyen maliyet şeklinde tanımlanmaktadır(4).

5. Tartışma

5.1. Psikiyatri Klinik Tanı Grupları ve Maliyet

Psikiyatri alanında maliyet hesaplamalarında; tanı, tedavi ve rehabilitasyonu önemli bir yeri vardır. Bir hastalığın maliyeti hesaplanırken doğrudan ve dolaylı maliyetler ele alınarak hesaplama yapılmaktadır(24). Psikiyatri klinik maliyet göstergesi: poliklinik; 19,6 TL, klinik yatan hasta sayısına göre 10.614,9 TL iken klinikte yatışın gün sayısına göre 451,1'dir(25).

Psikiyatri ve Kardiyoloji gibi klinik birimlerine bir yılda başvuran hasta sayıları az olurken yataklı serviste takip edilen hasta sayısına göre birim maliyeti hesaplandığında değerin yüksek olması hastanenin maliyetlerini arttırmaktadır. Bu birimlerde klinik değil de poliklinik olarak hizmetin sunulması maliyet kontrolünü ve maliyet minimizasyonunu sağlayacağı düşünülmektedir(25). Psikiyatri kliniğine yatışın ve psikiyatrik tanılarının hastane maliyetine etkisine yönelik literatürde farklı çalışmaların sunduğu veriler mevcuttur: Yıldız ve Cerit'in 2006'da yaptıkları araştırmada bir üniversite hastanesi psikiyatri yataklı kliniğinde şizofreni tanılı bireylerin ortalama klinik yatış maliyeti 1091 \$ şeklinde bulunmuştur(26). Ulaş ve Tunca'nın 2010 yılında yaptığı araştırmada ise bir üniversite hastanesi

psikiyatri yataklı servisinde şizofreni tanılı bireylerin ortalama klinik yatış maliyeti 1424 TL değerinde bulunmuştur(4,27). Bu durumun; şizofrenik bozukluklar ve diğer psikotik bozuklukların yataklı servisteki takip gün sayısı ortalamasının, duyu durum bozukluğu, alkol-madde kullanımına bağlı bozukluklar ve diğer psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında daha yüksek olduğundan ve duyu durum bozukluğu tanısı olan kişilerin yataklı servis takip süresi ortalamasının, alkol-madde kullanımına bağlı bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile karşılaştırıldığında daha yüksek olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir(4).

Yapılan bir araştırmada birkaç psikiyatri yataklı servis hizmeti sunan hastanenin hizmet maliyeti hesaplanmıştır. Bu hastanelerden biri olan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde ortalama yatış maliyeti 1233 \$ olarak hesaplanmıştır. Bir diğer hastane ise Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'dir ve yataklı servis hizmet maliyeti 1026 \$ dır. (28,4).

Literatür incelendiğinde intihar girişiminde bulunması nedeniyle acil servise başvuru yapan kişilerde maliyet analizi hakkında bilginin yetersiz olduğu ve elde edilen verilerin sınırlı olduğunu ifade eden çalışmalar vardır. (17). Nalliah ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ortalama 200 bin çocuk intoksikasyonunun incelendiği çalışmada her bir olgu için acil servis maliyeti her başvuru için 1077\$ şeklinde olduğu bildirilmektedir (29, 17). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2013 yılı verilerine göre intihar girişiminde bulunan kişilerin hastane maliyetinin 58.4 milyon dolar olduğu saptanmıştır (30,17). Ülkemizde Serinken ve ark. araştırmalarında ise hastaneye başvuran kişilerin ortalama maliyetinin 144,06\$ olduğunu bildirmişlerdir (31,17). Akar ve ark. intihar girişiminde hastane maliyeti 405,1 TL olarak açıklanmıştır (32,17). Ülkemizde yapılan güncel bir çalışmanın verilerine göre; intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuran kişilerin en düşük maliyeti yalnızca yeşil alan muayene ücreti 15,5 TL, en yüksek maliyeti ise 510 TL ve maliyet ortalaması 172,25 TL, toplam maliyeti ise acil hizmet ücretine eklenen konsültasyon ücreti oluşturmakta olup maliyetin ortalaması 176,50 TL'dir. Diğer çalışmaların sonuçlarına göre düşük olmasının nedeni araştırmalarında yalnızca hasta birey için harcanan hizmet bedeli dahil edilmiş olup, insan faktörü maliyetini dahil etmemeleri kaynaklı olduğunu savunmuşlardır (17).

Yapılan bir çalışmada: Üç yıl içerisinde yatarak tedavi gören 31 hastanın ve ayaktan tedavi gören 57 hastanın dosya kayıtları incelenmiştir. Hastalık süresi ortalama 9,4 yıl, hastane yatış sayısı ortalama 1,4 ve hastanede yatış günü ortalama 37,4 olarak bulunmuştur. Bir şizofreni hastası için yatarak maliyet ortalama 1091 Amerikan Doları (USD), günlük yatış maliyeti

ise 29.16 USD olarak bulunmuştur. Yıllık yatış maliyeti 160 USD olarak hesaplanmıştır. Ayaktan tedavi maliyetinin %94,3'ünü, yatarak tedavi maliyetinin %21,1'ini ilaç maliyeti oluşturmuştur. Şizofreni tedavisinin Türkiye için toplam maliyeti ise 616 milyon USD olarak hesaplandı. Sonuç olarak: Şizofreninin yıllık tedavi maliyeti gelişmiş ülkelere göre biraz düşük gibi görünmektedir. Maliyetlerin önemli bir kısmının ilaç maliyeti olması, ruh sağlığı, rehabilitasyon, ev ziyareti gibi tedavi için gerekli olan diğer hizmetlerin yetersizliği olarak yorumlanabilir (26).

6. Psikiyatri Kliniği Tekrarlı Yatış Maliyeti

Psikiyatrik hastalıklar sık ortaya çıkmaları ve tekrarlamaları ve kronik olması nedeniyle hastalarda yeti kaybına neden olabilmektedirler. Bu durum ise topluma yük oluşturmakla birlikte maliyeti de artırmaktadır. Psikiyatrik hastalığın yaşam boyu görülme yaygınlığı %25-50 oranında değişiklik göstermektedir. Son 1 yıl içerisinde herhangi bir psikiyatrik hastalığın görülme yaygınlığı ise %10-29 oranında değişiklik gösterdiği bildirilmektedir (33,34,35,4).

Yapılan bir çalışmada hasta bakım hizmetinde ortalama günlük 120,4 TL klinikte kaldığı sürece boyunca ise 3181,0 TL harcama olduğu bildirilmektedir. Psikiyatrik hastalıklardan yatış maliyeti en yüksek olanlar ise sırasıyla 3757,6 TL ile bipolar bozukluklar, 3332,7 TL ile şizofreni, 3055,4 TL ile depresyondur(24). Yapılan çalışma sonucunda en sık klinik yatışı yapılan tanılar; şizofreni, depresyon, ve bipolar bozukluktur. bunlar arasında yatış maliyeti en yüksek olan ise; bipolar bozukluk; en düşük maliyeti olan ise alkol ve madde kullanım bozukluğudur. Depresyonun yatış maliyeti şizofreniye oranla 2,56 kat daha azdır. Bedensel belirti bozuklukları ise yatış maliyetini 6,25 kat azaltmaktadır. Kadın hastaların toplam yatış maliyeti erkeklere göre daha fazladır (24).

7. Sonuç ve Öneriler

İlgili literatüre bakıldığında hastane maliyetlerinin yadsınamaz derecede yüksek olduğunu, bunların arasında psikiyatrik hastalıklar nedeniyle yatışların da bu maliyeti büyük ölçüde artırdığını dikkat çekmektedir.

Psikiyatrik hastalıkların genellikle tekrarlayıcı ve kronik olması ve zaman içerisinde kişide yeti yitimine de sebep olması dolayısıyla hastane başvurularının fazla olduğu bu durumu ise hastane maliyetine üzerine yük oluşturması dikkat çeken bir durumdur. Burada hastane maliyeti içindeki psikiyatrinin oranını azaltmak açısından, tekrarlı başvuruları azaltıcı yönde girişimlerin yapılması ve tekrarlı klinik yatış oranının azaltılmasına yönelik girişimlerin yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Büyükmirza, H. K. (2014). Maliyet Ve Yönetim Muhasebesi: Tekdüzene Uygun Bir Sistem Yaklaşımı (24. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
2. Ağırbaş, İ. (1993). Hastanelerde Maliyet Performans Analizi Ve TCDD Ankara Hastanesi'nde Bir Uygulama (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
3. Akar, Ç. (1992). Hastane İşletmelerinde Yönetim Muhasebesi (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, Ankara.
4. Çalışkan, S. (2010). SDÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 2005-2009 Yılları Arasında Yatan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Tanı Dağılımı Ve Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi. Tez Çalışması
5. Akalın HE. Sağlık Ekonomisi Temel Tanımlar ANKEM Dergisi 1995; 9 (No:3): 233-235.
6. Salize HJ, McCabe R, Bullenkamp J Et Al. Cost Of Treatment Of Schizophrenia İn Six European Countries. Schizophr Res 2009; 111:70-7
7. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU Et Al. Cost Of Disorders Of The Brain İn Europe. Eur J Neurol 2005; 1:1-27.
8. Ulaş H, Tunca Z. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Maliyet Analizi, Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 144-9.
9. Sevgener, A. Sait, Rüstem Hacırüstemoğlu (2000), Yönetim Muhasebesi Uygulamaları. Alfa Yayıncılık, İstanbul.
10. Bhatia, H.S. Mahabaleshwara (2010), Cost Accounting. Mumbai, IND: Global Media, 2010.
11. Haftacı, Vasfi (2013), Maliyet Muhasebesi, Umuttepe Yayıncılık, İstanbul.
12. Özgülbaş, Nermin. (2014), Sağlık Sektöründe Hizmet Ve Hastalık Maliyet Analizi, Siyasal Kitabevi, Ankara
13. Segel, J. E. (2006). Cost-Of-Illness Studies A Primer. RTI-UNC Center Of Excellence İn Health Promotion Economics, 1-39.
14. Beyhun, N. E. Ve Çilingiroğlu, N. (2004). Hastalık Maliyeti Ve Astım. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi, 52(4), 386-392.
15. Sarı, M. Ve Bozdemir, E. (2022). Tip 1 Diyabet Hastalığının Hasta Bakış Açısından Maliyet Analizi. Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 9(1), 114-125. Doi: 10.54304/SHYD.2022.47550
16. Yiğit Ç, Peker S, Cankul İ, Kostik Z, Alkan M, Özer M Ve Ark. GATA Eğitim Hastanesinde Yatan Hasta Maliyetinin Belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2003; 45: 233-243.
17. Amaç, Ö. Z. Acil Serviste Takip Edilen İntihar Girişimlerinin Maliyet Analizi* Cost Analysis Of Suicide Attempts Followed By Emergency Department.

18. Talakacı S: Sağlık İşletmelerinde Maliyetlerin Belirlenmesi, Özel Sektör İl Kamu Hastane İşletmelerinde Maliyet Analizi Ve Bir Uygulama. Tez Çalışması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Muhasebe Finansman Bilim Dalı. Konya 2009: 8-95.
19. Süt, N. (2012). Hastalık Maliyet Analizi. RAED Dergisi, 4(1), 24-28.
- Drummond, M. (1992). Cost-Of-Illness Studies. Pharmacoeconomics, 2(1), 1-4.
20. Byford, S. Ve Raftery, J. (1998). Perspectives In Economic Evaluation. Bmj, 316(7143), 1529-1530. Doi: <https://doi.org/10.1136/Bmj.316.7143.1529>
21. Carey, K. Ve Burgess, J. F. (2000). Hospital Costing: Experience From The VHA. Financial Accountability And Management, 16(4), 289-308. Doi: <https://doi.org/10.1111/1468-0408.00109>
22. Özkan, O. (2014). Hastanelerde Birim Maliyet Analizi Ve Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde Bir Uygulama (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
23. Mut, S. Ve Ağırbaş, İ. (2017). Hastanelerde Maliyet Analizi: Ankara'da Hizmet Sunan İkinci Basamak Bir Kamu Hastanesinde Uygulama. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(18), 202-217.
24. Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Sosyal Güvenlik Kurumuna Fatura Edilen Tedavi Maliyetlerinin Değerlendirilmesi
Cemal Koçak, Mustafa Necmi İlhan, Aslı Kuruoğlu
¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara
²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara
25. Özkan, O., Kutlu, G., Aydın, C., Aydemir, İ., Ağırbaş, İ. (2014). Hastanelerde Maliyet Analizi Ve Örnek Bir Uygulama. *Bildirij. N. Sarp Ve Ç. Yiğit (Ed.)*, 8, 830-841.
26. Yıldız M, Cerit C (2006) Şizofreni Tedavisinin Yıllık Maliyeti: Bir Üniversite Hastanesi Verilerinden Yapılan Hesaplama. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 16:239-44
27. Ulaş H, Tunca Z. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Maliyet Analizi, Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 144-9.
28. Tav A. Şizofreni Tedavisinde Direk Maliyeti Belirleyen Değişkenlerin Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. . Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 4. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 2006
29. Nalliah RP, Anderson IM, Lee MK, Rampa S, Allareddy V, Allareddy V. Children In The United States Make Close To 200, 000 Emergency De-

- partment Visits Due To Poisoning Each Year. *Pediatr Emerg Care*. 2014; 30(7): 7-453.
30. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA Jr, Silverman MM. Suicide And Suicidal Attempts in The United States: Costs And Policy Implications. *Suicide Life Threat Behav*. 2016 Jun;46(3):352-62.
31. Serinken M, Karcioğlu O, Sengül C, Türkcüer I, Keysan MK. Hospital Costs Of Managing Deliberate Self-Poisoning In Turkey. *Med Sci Monit*. 2008; 14(3): 152-158.
32. Akar T, Derinöz O, Demirel B. Drug Intoxications And Hospital Costs. *Turk Arch Ped* 2007; 42: 103-106.
33. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S Et Al. Lifetime And 12-Month Prevalence Of DSM-III-R Psychiatric Disorders In The United States. Results From The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
34. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S Et Al. Prevalence Of Mental Disorders In Europe: Results From The European Study Of The Epidemiology Of Mental Disorders (Esemed) Project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 21-7.
35. Wittchen HU, Jacobi F. Size And Burden Of Mental Disorders In Europe-A Critical Review And Appraisal Of 27 Studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:357-76.

Yaşlı Hastalarda Uyku Bozukluklarında Hemşirenin Yönetimi

Papatya Karakurt¹

Meryem Fırat²

Özet

Yaşla birlikte uykuda fizyolojik değişimler ve günlük ritimde kaymalar olur. Yaşlı nüfusun artması, uykuyla ilgili sağlık sorunlarının büyük yükünü de beraberinde getirmektedir. Yaşlanma küresel bir olgu olmasına rağmen, uykuyla ilgili sorunlarda bölgesel eğilimlere ilişkin çok az veri bulunmaktadır. Uyku, ilgi çekici bir bireysel farklılık değişkenini temsil eder çünkü ileri yaştaki bilişsel işlevlerle ilişkili olabilir. Uyku, gelişimsel olgunlaşmanın bir sonucu olarak yaşa bağlı tutarlı değişiklikler göstermektedir. Bu gelişimsel değişikliklerin çoğu, bilişsel işlevlerde gözlemlenen yaşa bağlı değişikliklerle paraleldir. Örneğin, yavaş dalga uykusu ve hızlı göz hareketi uykusunun her ikisi de ileri yaşla birlikte azalır. Uykudaki bu normal, gelişimsel olarak uygun değişikliklere ek olarak, yaşlı yetişkinlerde hem uykusuzluk hem de uykuda solunum bozukluğu görülme sıklığında artışa neden olmaktadır. Uyku fizyolojisi yaşla birlikte değişir ve yaşlılarda birçok uyku bozukluğu artmaya başlamaktadır. Yaşlı yetişkinlerin %50'si, genel nüfusun ise %15,9 ile %22,3'ü uyku sorunlarından şikayetçi olmaktadır. Yaşlı popülasyonda, kötü uykuya katkıda bulunan en büyük faktörlerden biri, polifarmasi sorununun yanı sıra tıbbi ve psikiyatrik komorbiditelerin yüksek prevalansı olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılarda yavaşlamış bir yaşam vardır. Görme ve işitmede azalma sonucu ışık ve ses gibi dış uyaranları algılamada eksiklikler ortaya çıkar. Tüm bu değişiklikler bireyin uyku ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Uyku bozuklukları bireyin dikkat ve anlama-kavrama yeteneklerini olumsuz yönde etkiler. Hatırlama güçlüğüne neden olur.

1 Prof. Dr., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye, mail: pkarakurt@erzincan.edu.tr ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0330-9807>

2 Doç. Dr., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Erzincan/Türkiye, mail: meryemfirat@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4193-2299>

Günlük işlevlerde bozulma, yorgunluk ortaya çıkar. Böylece bireyin yaşam kalitesi bozulur. Sağlık bakımı arama sıklığı artar. Yaşlılarda gündüz uykuluğu ve gün içi kestirmeler fazladır. Yaşlanmak her zaman kötü uyumak anlamına gelmez, ancak iyi uyumak kesinlikle genel sağlığı iyileştirebilir. Hemşirelerin yaşlı bireyin değerlendirmesinde bütüncül bir yaklaşım göstermeleri bakım kalitesinin artmasında önemlidir. Hemşireler yaşlı bireye bütüncül bir yaklaşım sergileyerek bireyin uyku sorununu saptamalı ve gerekli girişimleri yapmalıdırlar.

1. Giriş

Çağımızın bilimsel ve teknolojik gelişmelerinin insanlara sunduğu imkanların en önemli sonuçlarından biri insan ömrünün uzaması olmuştur. Bu sonuç bugün için başka sonuçları doğurmuş, uzayan insan ömrü sosyal güvenlik sistemlerinin üzerine bir baskı unsuru haline gelmiştir (Dedeli 2013). Yaşam beklentisinin artması ve sosyoekonomik kalkınmanın iyileşmesi nedeniyle yaşlı nüfusun yüzdesi artıyor. Bugün dünya nüfusu içinde 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı %8'dir. Dünyada 65 yaş ve üzeri bireylerin nüfus içinde yüzdesinin en fazla olduğu kıta, Avrupa (%20), en az olduğu kıta ise Afrika (%5) dir. Gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üzeri nüfusun artışı daha fazla olmaktadır. "Türkiye İstatistik Kurumu'nun" (TUİK) 2012 verilerine göre ülkemiz nüfusunda 65 ve üzeri yaş grubunun oranı %7.5 iken bu oran 2013 yılında %7.7'ye yükselmiştir (Karadakovan 2014). Yaşla birlikte uykuda fizyolojik değişimler ve günlük ritimde kaymalar olur. Bedensel ve psikiyatrik hastalıklara bağlı uyku bozuklukları olabilir. Ayrıca uyku apne sendromu, nokturnal miyoklonus gibi birincil uyku bozuklukları da ortaya çıkmış olabilir (Göktaş ve Özkan, 2006). Şaşırtıcı bir şekilde, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2015 "Yaşlanma ve Sağlık Dünya Raporu'nda" uyku bozukluklarından hiç bahsedilmemektedir. Hindistan'da, yaşlı nüfusun 2050 yılına kadar nüfusun %20-25'i civarında olması beklenmektedir. O zamana kadar yaşlı nüfus, gelişmiş ülkelerdeki nüfusun %25'inden fazlasını oluşturacaktır. Japonya'da bu oran 2012'de zaten %30'u aşmış görünmektedir. Yaşlı nüfusun artması, uykuya ilgili sağlık sorunlarının büyük yükünü de beraberinde getirmektedir. Yaşlanma küresel bir olgu olmasına rağmen, uykuya ilgili sorunlarda bölgesel eğilimlere ilişkin çok az veri bulunmaktadır (Gulia and Kumar, 2018).

Yaşlanma süreciyle birlikte uyku bozuklukları kaçınılmaz görünmektedir. Genç insanlarla karşılaştırıldığında yaşlı insanlar, ileri uyku evresi ve yavaş dalga uykusunun azalması gibi yaşa bağlı uyku değişiklikleri göstermekte, bu da parçalanmış uyku ve erken uyanmaya neden olmaktadır. Çoklu etiyolojiler yaşlılarda uykusuzluğa katkıda bulunur; bu da yaşlı insanların

muhtemelen eşlik eden rahatsızlıklara ve ilaçlara sahip olduğu gözlemiyle tutarlı görünmektedir. Yaşlı bireyler uykusuzluktan şikayetçi olduklarında, hipnotik kullanımına başlamadan önce tedavi edilebilir tıbbi durumların ve uykusuzluğa neden olabilecek ilaç kullanımının değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Suzuki et al., 2017). Türkiye’de yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte değişen yaşam tarzı sebebiyle kronik hastalıklar da artmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015). Hastanede yatan yaşlılarda depresyon görülme sıklığı %10-45 olarak bildirilmektedir. Yaşlılık morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir “yetmezlik olayı” olarak değerlendirilebilir. Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal değişiklikler hem depresyona zemin hazırlama, hem de tedaviye yanıt sürecini etkileme açısından önemlidir (Kaya 1999). Yaşlılık döneminde hem biyolojik, hem de psikolojik ve sosyal değişimler, yaşlı bireyleri daha kırılgan yapmakta ve yaşlılık çeşitli sorunların ve hastalıkların daha sık görüldüğü bir dönem olmaktadır (Erden-Aki 2012).

Uyku, ilgi çekici bir bireysel farklılık değişkenini temsil eder çünkü ileri yaştaki bilişsel işlevlerle ilişkili olabilir. Uyku, gelişimsel olgunlaşmanın bir sonucu olarak yaşa bağlı tutarlı değişiklikler göstermektedir. Bu gelişimsel değişikliklerin çoğu, bilişsel işlevlerde gözlemlenen yaşa bağlı değişikliklerle paraleldir. Örneğin, yavaş dalga uykusu ve hızlı göz hareketi uykusunun her ikisi de ileri yaşla birlikte azalır. Uykudaki bu normal, gelişimsel olarak uygun değişikliklere ek olarak, yaşlı yetişkinlerde hem uykusuzluk hem de uykuda solunum bozukluğu görülme sıklığında artışa neden olmaktadır (Dzierzewski et al., 2018). Yaşlıların karşılaştıkları uyku sorunları, yetersiz ve uygunsuz uykunun yaşam kalitelerini belirlemedeki sonuçları da son zamanlarda fark edilmeye başlanmıştır. Sosyal katılımın sağlıklı yaşlanmanın anahtarı olduğuna yaygın olarak inanılmaktadır. Ancak ABD Ulusal Sosyal Yaşam, Sağlık ve Yaşlanma Projesi’nden elde edilen veriler, sosyal katılımı daha fazla olan yaşlı yetişkinlerin daha iyi uyuduğunu, ancak sosyal katılımın artmasının uykuyu iyileştirmediğini göstermektedir (Gulia and Kumar, 2018). Uyku fizyolojisi yaşla birlikte değişir ve yaşlılarda birçok uyku bozukluğu artmaya başlamaktadır. Yaşlı yetişkinlerin %50’si, genel nüfusun ise %15,9 ile %22,3’ü uyku sorunlarından şikayetçi olmaktadır. Yaşlı popülasyonda, kötü uykuya katkıda bulunan en büyük faktörlerden biri, polifarmasi sorununun yanı sıra tıbbi ve psikiyatrik komorbiditelerin yüksek prevalansı olarak karşımıza çıkmaktadır (Tatineny et al., 2020).

2. Uykunun Tanımı ve Evreleri

Sağlıklı bir yaşamın olmazsa olmazları arasında ilk sıralarda gelen faktörlerden birisi sağlıklı bir uykudur. Doğumdan itibaren büyümek, gelişmek, öğrenmek, dinlenmek ve zinde yaşamak için uykuya ihtiyaç duyarız. Uyku, yaşam boyu sağlık ve zindelik için önemli bir bileşendir (Miner and Kryger, 2017). Uyku, temel bir biyolojik işlemdir ve bu süreçte beyin, gün boyunca aktif olmak için dinlenir ve yeniden şarj olur. Bilinç kaybının eşlik ettiği, dış uyaranlara ve göreceli hareketsizliğe karşı doğal ve tersine çevrilebilir bir yanıt verme durumu uyku olarak tanımlanır (Bugueno et al., 2017; Hanson and Huecker, 2020). Alternatif bir bakış açısı, uykuyu uyumsuz bir hareketsizlik hali olarak görmektedir ancak uyku pasif bir olay olmamaktadır; uyku süresince vücut ve beyin bu spesifik davranış durumundayken aktif olmaktadır. Uyku, genellikle yatma pozisyonunda olan, dış uyaranlara daha az yanıt veren artan bir uyarılma eşiği ve bilinç kaybı ile karakterize edilebilir. Komadan farklı olarak, kolaylıkla tersine çevrilebilir (Brinkman et al., 2020; Akerstedt et al., 2019).

Uyku aktivitesi ile ilgili bazı tanımlar aşağıda verilmiştir.

Uyku (Somnia): Bedenin fiziksel ve psikolojik olarak yeniden yapılandırılması ve yenilenmesi için gerekli olan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Arabacı, 2021).

Uyanıklık: uyanık olma durumudur.

Uykusuzluk (İnsomnia): Uykuya dalmayı ve uykuda kalmayı zorlaştıran ya da çok erken uyanmaya ve yeniden uykuya dönememeye neden olan uyku bozukluğudur.

Uyku Apnesi: Uyku sonrasında solunum durmaları ve horlama ile karakterize uyku bozukluğudur. (Arabacı, 2021).

Farklı seviyeleri içinde barındıran, farklı uyaranlarla kişinin uyanabileceği, kompleks bir bilinçsizlik durumunu belirten uyku NREM (non rapid eye movement) ve REM (rapid eye movement) olarak isimlendirilen iki temel evreye sahiptir. Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (ANN) sınıflandırma sistemine göre de NREM kendi içinde üç evreye ayrılmaktadır (Öztürk, 2008).

NREM (Non-Rapid Eye Movement-“hızlı göz hareketlerinin olmadığı”) uyku: Hızlı göz hareketlerinin olmadığı, derin uykudur. Yavaş dalga uykusu ya da senkronize uyku da denir **REM (“Rapid Eye Movement”- hızlı göz hareketlerinin olduğu) uyku:** Hızlı göz hareketlerinin olduğu uykudur. Desenkronize uyku da denir (Arabacı, 2021).

REM uykusunu göz küresinin hızlı hareketleri, kas zayıflaması, korteks de dahil olmak üzere çeşitli beyin alanlarının aktivasyonu, kanın damarlara yaptığı basınç, solunum sayısının ve nabız hızının değişiklikleriyle tanımlamak mümkündür. NREM uykusu ise vücudun dinlenmesi ve elektro ensefalografide (EEG) yavaş dalga aktivitesi ile tanımlanmaktadır (Aşcıoğlu ve Şahin, 2013). Kendi içerisinde toplam dört dönemden oluşan NREM uykusunun ilk iki dönemi yüzeysel uyku, son iki dönemi ise yavaş dalga uykusu ve derin yavaş uyku olarak tanımlanmaktadır. REM uykusu, paradoksal uyku ya da senkronize olmayan uyku olarak tanımlanmaktadır. NREM uykusunun dördüncü döneminden sonra REM uykusu meydana gelmektedir. REM uykusuna ilk giriş süresi REM latansı olarak tanımlanır ve 90 dakikadan uzundur (Else et al., 2019). Uyku süresinin toplamının %15-25'ni REM uykusu oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerde uyku süresinin toplamında azalmaya benzer olarak REM uyku süresi de azalma göstermektedir. Fakat REM uykusunun yüzdesi değişmemektedir. Uyku aktivitesinin Non-REM II evresinin belirleyicisi olan uyku içcikleri REM uykusunu sık sık bölmektedir. Yaşla beraber olan REM uykusu süresindeki azalma; zihinsel kayıp, beyin kan akımında azalma, alfa aktivitesinde azalma ve organik mental bozuklukların meydana gelmesiyle ilişkilidir (Göktaş ve Özkan, 2006).

1.2. Uyku Bozuklukları

İnsanların yaşı ilerledikçe yaşamlarında eş kaybı, yalnız yaşama, huzurevi-bakımevinde kalma, emeklilik gibi değişiklikler olmaktadır. Süregelen bedensel hastalıklar sıklaşır. Yaşlılarda yavaşlamış bir yaşam vardır. Görme ve işitmede azalma sonucu ışık ve ses gibi dış uyaranları algılamada eksiklikler ortaya çıkar. Tüm bu değişiklikler bireyin uyku ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Uyku bozuklukları bireyin dikkat ve anlama-kavrama yeteneklerini olumsuz yönde etkiler. Hatırlama güçlüğüne neden olur. Günlük işlevlerde bozulma, yorgunluk ortaya çıkar. Böylece bireyin yaşam kalitesi bozulur. Sağlık bakımı arama sıklaşır. Yaşlılarda gündüz uykuluğu ve gün içi kestirmeler fazladır (Göktaş ve Özkan, 2006).

Uykusuzluk (İnsomnia): Uykusuzluk yaşlılarda en sık görülen uyku bozukluklarından biridir. Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi'nin Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırmasına göre, 'Uykusuzluk, uyku için yeterli fırsat ve koşullara rağmen uykunun başlatılması, süresi, pekiştirilmesi veya kalitesinde ortaya çıkan kalıcı bir zorluk olarak tanımlanır ve bir tür gündüz bozukluğuna neden olur (Gulia and Kumar, 2018). Alışılmış olan uykudan sonra dinlenmiş hissetmesine veya yetersiz uyku algısının olmasıdır. En yaygın görülen uyku bozukluğu diye bilinir. Bu uyku bozukluğu birkaç gün,

ay veya yıl sürebilir. Uykusuzluk, herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalığa bağlı olmadan ortaya çıktığında “birincil (primer) uykusuzluk”tan söz edilir. Psikofizyolojik uykusuzluk ise, kişinin yatakta uyku ile ilgili fiziksel ve bilişsel olarak aşırı uğraşının olduğu ve buna bağlı günlük işlevlerinde kötüleşmenin görüldüğü kronik bir uykusuzluk türüdür (Arabacı, 2021). Uykudaki gelişimsel değişiklikler yaşam boyu meydana gelir ve yaşlı yetişkinler uykuda ve sirkadiyen ritimlerde yaşa bağlı normal değişiklikler yaşar. Uykusuzluk en yaygın uyku bozukluğudur ve semptom yükü özellikle kadınlarda yaşla birlikte artmaktadır (Cohen et al.,2022). Yaşlı bireylerde uyku düzenindeki değişiklikler normalleşme sürecinin bir parçasıdır. Yaşlı insanlar sık sık uyandırılma nedeniyle uykuya dalmakta ve uykuda kalmakta zorluk çekerler. Aslında gerekli toplam uyku süresi yetişkinlik boyunca neredeyse sabit kalmaktadır. Yaşlanmayla birlikte değişen yalnızca uyku mimarisi ve derinliği olmaktadır (Gulia ve and Kumar, 2018).

Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları: Uyku süresince anormal ventilasyona bağlı olarak ortaya çıkan uykuda bozulma olarak tanımlanır. Uyku ile ilişkili üç tür solunum bozukluğu vardır:

- Obstrüktif uyku apnesi-hipopne sendromu
- Merkezi uyku apne sendromu
- Santral alveoler hipoventilasyon sendromu

Bu bozuklukların en sık görülenleri obstrüktif uyku apnesi-hipopne sendromudur. Bu bozukluk, tekrarlayan ataklar şeklinde oluşan, hava akımının azalması (hipopne) veya kollapsa bağlı hava akımının kesilmesi nedeniyle üst hava yolunun tıkanması ile karakterize bir bozukluktur. Gece boyunca 30’un üzerinde apne atağı oluşması uyku apnesinin göstergesidir. En önemli belirtisi horlama ve uyandığında görülen baş ağrısı ve dinlenememe hissidir (Arabacı, 2021).

1.3. Uyku Aktivitesini Etkileyen Faktörler

Uykuyu etkileyen faktörler aşağıda sıralanmıştır.

Cinsiyet: Kadınlar uykusuzluk ve diğer uyku sorunları açısından erkeklerden daha fazla risk altındadır. Kadınlarda uyku, yaşam döngüsü boyunca değişen seks hormonlarından etkilenir. Menapoz ile birlikte uykuda kötüleşme olabilir.

Yaş: Uyku örüntüsü, yaşam boyunca yaşa bağlı olarak önemli ölçüde değişir. Yenidoğanlar her gün 17-18 saatlik bir uykuya ihtiyaç duyar. Bu durum gün boyunca 3-4 saatlik periyotlar şeklinde gerçekleşir. Altı aydan

sonra ise, gece 12 saat ve gün içinde iki kez 1-2 saatlik hafif kısa uykuya (şekerleme) ihtiyaç vardır. 5 yaşından sonra, çocuklar yavaş yavaş daha az uykuya gereksinim duyar. Preadölesanların, her gece yaklaşık 10 saat uykuya gereksinimi vardır ve hafif kısa uyuklamalar nadir görülür. Genç bir bireyin uyku ihtiyacı da yaklaşık 9 saat 15 dakikadır. Genç yetişkinlik döneminde, yaklaşık 8 saat uykuya ihtiyaç vardır ve hafif kısa uyuklamalar isteğe bağlıdır. Orta yaşlarda gerek duyulan uyku miktarı ve uyku yapısı genellikle değişmeden kalır (Arabacı, 2021; Özgür ve Baysan, 2005).

Yaşlı yetişkinler için, uyku gereksinimi azalmaz, ancak uyku alışkanlığı değişir. Daha yaşlı insanlar yatakta daha fazla zaman geçirir, daha az uyur, gece boyunca da daha sık uyanır ve genç yetişkinlere göre uykuya dalmak daha uzun sürer. Uyku, yaşlı bireylerde daha fazla bölünür ve uyku evresi değişimleri, uyarılar ve uyanmaların sayısı artar. (Arabacı, 2021). Yaş ilerledikçe bedensel hastalıklar, buna paralel olarak kullanılan ilaçla ilişkili tedavilerde artış görülmektedir. Akut veya kronik bedensel hastalıkların yanı sıra ilaç kullanımı da uyku üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Yaşlı bireylerde sık görülen ağrı, nefes darlığı, öksürük ve idrara çıkma gibi hastalık belirtilerinin gece de sürmesi uyku bozukluğuna neden olmaktadır. Sağlığın kötü olma durumu ve süregelen bedensel hastalığı olma ile uyku şikayetlerinde artma ilişkilidir (Göktaş ve Özkan, 2006).

1.4.Yaşlı Bireyde Uyku Değerlendirmesi

Yaşlı bireyde uyku bozukluğunun değerlendirilmesinde hastanın tıbbi tanısına yönelik şikayetlerinin ele alınmasıyla başlar. Yaşlı bireyin bakım vericisinden oda arkadaşından veya kurumun personelinden de uykusuzluğa yönelik şikayetlerine ilişkin bilgi alınmalıdır. Hastanın mevcut hastalığının öyküsü, geçmişe yönelik uyku öyküsü, geçmişteki ve şimdiki ilaç kullanımı ve bu ilaçların günlük dozlarına ilişkin bilgi toplanmalı. Yaşlı bireyin tıbbi tanısı ve kronik hastalıkları ile laboratuvar değerleri incelenmelidir. Ayrıca sigara, alkol kullanma durumu, günlük kafein alımı, egzersiz durumu ve uyku hijyeni gibi yaşam tarzına ilişkin sorularla bireyin uyku sorununun altındaki neden belirlenebilir (Zengin, 2019;Zengin, 2015). Uyku güçlüğü çeken yaşlı hastanın değerlendirilmesi, ayrıntılı bir uyku, psikiyatrik ve tıbbi öykününün toplanmasıyla başlar ve mümkünse yatak arkadaşı veya bakıcısından alınan ek bilgileri de içermelidir. Uyku geçmişi, temel uyku şikayetlerini tanımlamalıdır (Cohen et al., 2022).

Sağlıklı/hasta bireye uyku düzeni ve uyku içeriği ile ilgili sorular sorularak uyku alışkanlığı hakkında bilgi toplanır. Bu bilgiler doğrultusunda bireyin uyku örüntüsü değerlendirilir. Sağlıklı/hasta bireye uyku alışkanlığını değerlendirmek için sorulabilecek olası sorular aşağıda yer almaktadır.

- Dün gece rahat uyuyabildiniz mi?
- Ne kadar süre uyudunuz? (Yatma ve kalkma saatleri öğrenilir)
- Uykuya dalmakta güçlük yaşıyor musunuz?
 - *Uykuya dalmadan önce aklınıza takılan şeyler olur mu?
 - *Yatmadan iki saat önce uyarıcı içecekler (çay, kahve, kola gibi) aldınız mı?
 - *Yatmadan önce ağır bir yemek yediniz mi ya da aktivite yaptınız mı?
- Tek başınıza uyuyabilir misiniz?
- Uykunuzu kesintiye uğratan etmenler var mı? (Korkulu rüya görme, gece sık tuvalete çıkma, horlama gibi)
- Uyurken horlar mısınız?
- Gece zaman zaman uyanır mısınız?/Gece uyandığınız zamanlar olur mu?
- Sabah erken uyanır/kalkar mısınız?
- Uyandığınızda dinlenmiş hissediyor musunuz?
- Uyandığınızda baş ağrısı, yorgunluk gibi şikayetleriniz olur mu?
- Gün içinde zaman zaman uyur musunuz? Gün içinde uyuyakaldığınız zamanlar olur mu? (Kısa ya da uzun süreli şekerleme yapar mısınız?)
- Uykuya dalmanızı kolaylaştıran/zorlaştıran etmenler var mı?
- Uyku ile ilgili sıkıntılarınız/problemleriniz ne zaman başladı?
- Son zamanlarda sizde gerginliğe neden olan bir sıkıntı yaşadınız mı?
- Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı? (Arabacı, 2021; Zengin, 2019; Cohen et al., 2022).

1.5.Uykusuzlukta Görülen Fiziksel ve Psikososyal Belirtiler

Uykusuzluk durumunda bireylerde görülen fiziksel ve psikososyal belirtiler aşağıda sıralanmıştır.

Fiziksel Belirtiler

- Uyumada güçlük (uykuya dalmada zorlanma, aralıklı uyuma, non-restoratif uyku)
- Televizyon seyredirken, kitap okurken veya araba sürerken uykuya dalma.

- Gündüz uyuklama (şekerleme yapma)
- Yorgunluk
- Bitkin görünüm
- Gerginlik
- Baş ağrısı, kas gerginliği, mide sıkıntısı (stresle ilişkili psikofizyolojik problemler)
- Maladaptif (uygun olmayan) uyku alışkanlıkları.
- İlaçların/maddelerin uygunsuz kullanımı (yatıştırıcılar, hipnotikler, alkol, kafein)

Psikososyal Belirtiler

- Uyku ile ilgili kaygı ve uyumada yetersizlik
- Engellenme
- İyilik hali duygularının azalması
- Azalmış dikkat ve konsantrasyon
- Anksiyete (Cohen et al., 2022;Arabacı, 2021;Zengin, 2015).

Bakım verenler yaşının uyku durumu hakkında bilgi verebilir. Horlama, solunumun durması, olağandışı gece olayları veya gece bacak hareketleri gibi yaşının bilgi veremediği durumlar hakkında bilgi sağlayabilir. Bu “ikincil bilgi”, özellikle bilişsel yetersizliği olan veya uyku işlev bozukluklarını sözcüklerle tanımlayamayan yaşlı hastalarda değerlidir (Zengin, 2019). Kapsamlı bir tıbbi ve psikiyatrik öykü ve uyku ortamının ve psikososyal stres faktörlerinin anlaşılması bu durumlarda çok önemlidir (Cohen et al., 2022).

1.6. Uyku Kalitesini Artırmaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Uyku problemi olan bir bireyin hemşirelik bakımında aşağıdaki ilkeler göz önünde bulundurulur.

1-Uykusuzluğa neden olan etmenin ne olduğu öğrenilmeli

2-Ruhsal veya organik bir nedene bağlı uyku bozukluklarında semptomatik tedavi uygulanmalı

3-Hastaya uykunun fizyolojisi konusunda bilgi verilmeli

4-Hastaya “Uyku Hijyeni” ile ilgili eğitim verilmeli (Uyku hijyeni:uykuya geçişi engelleyen, yavaşlatan her türlü alışkanlığı yaşam biçiminden çıkarmaktır.)

- Uyku ilacı hemen alınmamalı,
- Sabah uyandıktan sonra yataktan çıkmalı. Yatakta dinlemek niyetiyle biraz daha kalmak dinlenmeyi sağlamadığı gibi uyku ritmini bozar.
- Aynı saatte her zaman kalkmalı. Uykunun ritminin gerçekleştirilmesi için belirli saatler arasında ve kişinin sirkadiyen ritmine göre uyuyabilmesi en sağlıklı yoldur.
- Gündüz vakitlerinde uyumamalı. (Gündüz bir saati aşan uyumalara sınırlama getirilmeli)
- Egzersiz düzenli bir şekilde yapılmalı. Heyecan oluşturacak aktiviteleri akşam saatlerinde yapmaktan kaçınılmalı.
- Uyku önce çok aç ya da tok olunmamalı, ağır yemekler akşam yenmemeli.
- Tütün kullanımından ve kafeinli, alkollü vb. içeceklerden uyku öncesi kaçınılmalı.
- Işık, ses, ısı ve gürültü yönünden yatak odası korunmuş olmalı.
- Uyku ve cinsel ilişki dışında yatak odası başka işler için (örneğin; çalışmak, TV seyretmek gibi) kullanılmamalı.
- Uyumak için uğraşılmalı. Uyumak için yatak odasına gidince ve uyku tutmayınca, birey uyumak için zorlamamalı kendini; yataktan kalkmalı, rahatlatıcı, fazla enerji harcatmayan, sabit bir uğraşta bulunmalı.
- Uykusu gelmeden bireyin yatağa gitmemesi gerekir.

5. İlaç sağaltımından önce non-farmakolojik yöntemler (ılık banyo, gevşeme egzersizleri, davranış terapileri vb.) uygulanmalı veya öğretilmeli.

6. İlaçla tedavi en son tercih edilmeli. Yaşlı yetişkinlerde ilacın olumsuz yan etkilerinin artan potansiyeli göz önüne alındığında, uykusuzluğa yönelik farmakolojik olmayan müdahaleler ilk sırada yer almaktadır (Cohen et al., 2022; Arabacı, 2021).

Uykusuzluğa yönelik farmakolojik olmayan müdahaleler yeterince etkili değilse farmakolojik seçenekler düşünülebilir. Her ne kadar genel popülasyonda uykusuzluk için çeşitli ilaçlar yaygın olarak reçete edilse de, yaşlanan yetişkin için bir ilaç seçerken özellikle dikkatli olunmalıdır (Cohen et al., 2022). Hemşireler bireylere bütüncül bir bakış açısı ile yaklaşmalı ve kişileri etkileyebilecek, ya da etkilemiş olan her türlü sorunu önceden tanımalı

ve bu sorunlara yönelik uygun girişimlerde bulunabilmelidirler (Pinquart and Sörensen, 2007).

Yaşlı insanlar sık uyanma nedeniyle uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte zorluk çekerler. Yaşlandıkça uyku düzeninin nasıl değiştiğini bilmek ve aynı zamanda yaşlı insanlardaki birincil uyku bozukluklarını tanımak önemlidir. Hastanın şikayetlerini değerlendirmek için kapsamlı bir uyku öyküsü dahil olmak üzere uykunun dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve ilgili testler yapılmalıdır. Tedavi hem birincil uyku problemini hem de eşlik eden hastalıkları ele almalı, böylece yaşlı yetişkinlerde yaşam kalitesi ve işlevsellikte iyileşme şansını optimize etmelidir (Tatineny et al., 2020).

1.7.Yaşlı Bireylerde Uyku Bozukluğu İle İlgili Yapılmış Ulusal/ Uluslararası Çalışma Sonuçları

Yaşlı bireylerde uyku bozukluğunu ele alan literatür çalışmaları aşağıda sunulmuştur.

Altmış beş yaş ve üzeri evde yaşayan 449 yaşlı bireyle yapılan bir çalışmada yaşlıların uyku kalitesi ve uykululuk durumunun yorgunluk, günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel aktivite üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda yaşlılarda gündüz uykululuk halinin artması ve uyku kalitesinin kötü olması günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte ve yorgunluğu artırdığı belirlenmiştir (Parpucu ve ark., 2023).

Yaşlı bireylerde uyku sorunlarını gidermeye yönelik kullanılan nonfarmakolojik müdahaleleri inceleyen sistematik bir derlemede; incelenen altı çalışmada yaşlıların uyku kalitesinde iyileşmeler olduğu görülmektedir. Çalışmalarda kullanılan yöntemlerin yaşlıların zihinsel ve fiziksel sağlığını etkileyerek uyku kalitesini arttırmada etkili olduğu ve bu yöntemlerin uyku sorunlarını gidermeye yönelik kolaylıkla kullanılacak yöntemler olduğu belirtilmiştir (Başer ve Hisar, 2021).

Aile sağlığı merkezine başvuran 353 yaşlı birey ile yapılan kesitsel bir çalışmada yaşlıların uyku yakınmalarına ilişkin farkındalık düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarda insomnia semptomları yaygın olarak görülmekte ve depresyonun uyku yakınmalarını etkileyen önemli bir faktör olarak görüldüğü saptanmıştır (Güneş ve Özvurmaz, 2020).

Aile sağlığı merkezlerine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerle yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerde uyku kalitesi, yorgunluk ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu saptanmıştır (Pekçetin ve İnal, 2019).

Özel bir huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitelerini saptamak ve akşam yatmadan önce uygulanan pasif müzikoterapinin uyku kalitesine etkisini

belirlemek amacıyla öntest sontest tek gruplu yarı deneysel olarak yapılan bir çalışmada; yaşlılarda akşam yatmadan önce uygulanan pasif müzikoterapinin uyku kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür (Sarıkaya ve Oğuz, 2016).

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada yaşlıların çoğunun kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Fadıloğlu ve ark., 2006).

Japonya'da gerçekleştirilen bir epidemiyolojik araştırma, uykusuzluğun en az bir kez uykuyu başlatmada (%8,3), uykuyu sürdürmede (%15,0) veya sabah erken uyanmada (%8,0) zorluk olarak tanımlandığı durumlarda uykusuzluk prevalansının %21,4 olduğunu bildirmiştir (Kim et al.,2000).

Kötü sağlık, birincil uyku bozuklukları ve kötü uyku hijyeni (örn. düzensiz uyku programları, kötü uyku ortamları) gibi uykuyu bozabilecek çeşitli faktörlerden etkilenen kişileri hariç tutan bir çalışmada; yaşlı yetişkinlerin gündüz aşırı uykululuk yaşamadıkları ve buna eşlik eden gün içinde düzenli olarak şekerleme yapma ihtiyacı duymadıkları bulunmuştur (Vitiello,2009).

1.8. Sonuç

Uyku, yaşamın önemli temel gereksinimlerinden biridir. Normal bir insan uykusunda, bir uyku bölümü dönüşümlü olarak değişen REM ve NREM dönemlerinden oluşur. Bu uyku döngüsünde ya da dönemlerin içeriğinde değişiklik olması durumunda uyku örüntüsünde ya da düzeninde bozulmadan söz edilir. Uyku örüntüsünde meydana gelen niteliksel veya niceliksel değişiklikler fiziksel ya da ruhsal bir hastalığa neden olabileceği gibi, fiziksel ya da ruhsal bir hastalık sonrası da uyku örüntüsünde değişimler gözlenebilir. Bu nedenle uyku düzeni, sağlık değerlendirmesi için önemli bir kriter olup, hemşirelik bakım sürecinde dikkatle ele alınması bakımın niteliğinin artırılmasında önemli katkı sağlayacaktır (Arabacı, 2021). Yaşlı yetişkinlerde uykusuzluğun diğer uyku bozukluklarıyla birlikte ortaya çıkabileceğini ve tanıyı karıştırabileceğini bilmek önemlidir. Üstelik, örtüşen uyku bozuklukları olan hastalar, tüm durumlar ele alınmadıkça genellikle iyileşme göstermezler (Cohen et al.,2022). Yaşlanma, uykuyla ilişkili rahatsızlıkların görülme sıklığının artmasıyla ilişkilidir. Yaşlı insanlar sık uyanma nedeniyle uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte zorluk çekerler. Uyku düzenindeki değişiklikler normal yaşlanma sürecinin bir parçasıdır ve bakım verenlerin yaşlıların uyku düzeni konusunda eğitilmesi gerekir. Yaşlıların uyku problemleriyle baş etmede farkındalık programları son derece önemli ve faydalıdır. Yaşlanmak her zaman kötü uyumak anlamına gelmez,

ancak iyi uyumak kesinlikle genel sağlığı iyileştirebilir (Gulia ve and Kumar, 2018). Hemşirelerin yaşlı bireyin değerlendirmesinde bütüncül bir yaklaşım göstermeleri bakım kalitesinin artmasında önemlidir. Hemşiereler yaşlı bireye bütüncül bir yaklaşım sergileyerek bireyin uyku sorununu saptamalı ve gerekli girişimleri yapmalıdırlar.

Kaynaklar

- Akerstedt, T., Ghilotti, F., Grotta, A., Zhao, H., ve Diğerleri. (2019). Sleep Duration And Mortality – Does Weekend Sleep Matter?. *J Sleep Res.* 28(1), E12712.
- Arabacı LB. (2021). Uyku. Kara Kaşıkçı M, Akın E. (Eds.). *Hemşirelik Esasları* içinde. İstanbul:İstanbul Tıp Kitabevleri;2021.ss:421-431.
- Aşcıoğlu, L., ve Şahin, M.(2013). Uyku Ve Uykunun Düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences).* 22(1), 93-98
- Başer G, Hisar F. Yaşlı Bireylerde Uyku Sorunlarını Gidermeye Yönelik Non-farmakolojik Müdahaleler: Sistemik Derleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):178-185. DOI: 10.31125/hunhemsire.966442.
- Brinkman, J.E., Reddy, V., ve Sharma, S.(2020). Physiology, Sleep. *StatPearls Publishing*
- Bugueno, M., Curihual, C., Olivares, P., Wallace, J., ve diğerleri.(2017). Quality Of Sleep And Academic Performance In High School Students. *Rev. méd. Chile.* 145(9).
- Cohen ZL, Eigenberger PM, Sharkey KM, Conroy ML, Wilkins KM. Insomnia and Other Sleep Disorders in Older Adults. *Psychiatr Clin North Am.* 2022 Dec;45(4):717-734. doi: 10.1016/j.psc.2022.07.002. Epub 2022 Oct 14. PMID: 36396275.
- Dedeli Ö (2013). Yaşlanma ile Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler/Sorunlar. Ed:Kaptan G., Geriatrik Bakım İlkeleri, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s.13-23.
- Dzierzewski JM, Dautovich N, Ravyts S. Sleep and Cognition in Older Adults. *Sleep Med Clin.* 2018 Mar;13(1):93-106. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.009. Epub 2017 Dec 8. PMID: 29412987; PMCID: PMC5841581.
- Else, T., Keller, P., ve El-Sheikh, M.(2019). The Role of Couple Sleep Concordance in Sleep Quality: Attachment as a Moderator of Associations. *J Sleep Res.* 28(5), 12825.
- Erden-Aki Ö. (2012). Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar. İn: Birinci Basamak İçin Temel Geriatri. Algı Tanıtım, Ankara. ss:34-38.
- Fadıloğlu Ç, İlkbay Y, Yıldırım YK. (2006). Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi* 9(3):165-169.
- Göktaş K, Özkan İ. (2006). Yaşlılarda Uyku Bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi,* 9(4): 226-233.
- Güneş Z, Özvurmaz S. (2020). Awareness of sleep disorders, frequency of sleep disorders symptoms, the factors associated with symptoms: elderly population sample. *Pam Med J* 2020;13:41-51.

- Gulia KK, Kumar VM. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*. 2018 May;18(3):155-165. doi: 10.1111/psyg.12319. PMID: 29878472.
- Hanson, J.A., ve Huecker, M.R.(2020). Sleep Deprivation. *StatPearls Publishing*
- Karadakovan A. (2014). Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara:Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Kaya B. (1999). Yaşlılık ve depresyon-I tanı ve değerlendirme. *Geriatry 2 (2): 76-82.*
- Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R. An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep*. 2000;23:41-7.
- Miner, B., ve Kryger, M.H.(2017). Sleep in the Aging Population. *Sleep Med Clin*. 12(1), 31-38.
- Özgür G, Baysan L. (2005). Yaşlılarda Uyku Sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21 (2) : 97-105.*
- Öztürk, L.(2008). Uyku ve Uyanıklığın Güncel Fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics*. 1(1).
- Parpucu Tİ, Keskin T, Başkurt F, Başkurt Z. (2023). Yaşlılarda Uyku Kalitesi ve Uykululuk Durumunun Yorgunluk Günlük Yaşam Aktivitesi ve Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisi. *Journal of Turkish Sleep Medicine 2023;10:104-109.* DOI: 10.4274/jtsm.galenos.2022.92408.
- Pekçetin S, İnal Ö. (2019). Yaşlı Bireylerde Uyku Kalitesinin Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *ACU Sağlık Bil Derg 2019; 10(4):604-608.* [https://doi.org/10.31067/0.2019.211.](https://doi.org/10.31067/0.2019.211)
- Pinquart, M., ve Sörensen, S.(2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 62(2), 126-37.
- Sarıkaya NA, Oğuz S. (2016). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Pasif Müzikoterapinin Uyku Kalitesine Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2016;7(2):55-60.*
- Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *J Gen Fam Med*. 2017 Mar 30;18(2):61-71. doi: 10.1002/jgf2.27. PMID: 29263993; PMCID: PMC5689397.
- Tatineny P, Shafi F, Gohar A, Bhat A. Sleep in the Elderly. *Mo Med*. (2020). Sep-Oct;117(5):490-495. PMID: 33311760; PMCID: PMC7723148.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 988 Ankara, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.2015.
- Vitiello MV. Recent advances in understanding sleep and sleep disturbances in older adults: growing older does not mean sleeping poorly. *Curr Dir Psychol Sci* 2009; 18: 316-320.

- Zengin N. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşlı Hastalarda Uyku Sorunları ve Çözüm Önerileri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2015;19(2):80-7.
- Zengin N. (2019). Yaşlılarda uyku sorunları. Yaşlanma Teorileri ve Geriatrik Değerlendirme. İçinde. Bölüktaş RP. (Ed.) İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, İstanbul. ss:240-269.https://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12436/4041/yaslanma_teorileri_ve_geriatrik_degerlendirme.pdf?sequence=1

Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryum Durumu ve Hemşirelik Bakımı

Sıddıka Ersoy¹

Şükran Özkahraman Koç²

Sinan Topuz³

Özet

Yoğun Bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit eden bileşenlerin tedavi edildiği yerlerdir ve bu bileşenler genellikle karmaşık sağlık sorunlarına sahiptir. Bu çalışmada, YBÜ'lerde güncelliği süregelen bir durum olan deliryum hakkında bilgi verilerek sağlık profesyonellerinin ve hemşirelerin bu durumu nasıl etkili bir şekilde yönetebileceği ele alınmıştır. Deliryum; üç ana tipi bulunan, bilinç düzeyinde hızlı bir değişiklikle süren bir terapik bozulmadır. Deliryum belirtileri, tıbbi durumdaki ani değişiklikleri içerir. Bunlar arasında bilinç kaybı, kafa karışıklığı, halüsinasyonlar, ajitasyon, huzursuzluk ve dikkat eksikliği sayılabilir. Klinik seyir, kalıcı koşullara, yaşlanma ve sağlık durumuna bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Yaşlılık, yoğun cerrahi işlemler, kronik tedavi, ilaç kullanımı, dehidratasyon ve metabolik dengesizlikler deliryum riskini artıran birçok faktör arasında sayılabilirken; bilişsel testler, fiziksel muayene ve laboratuvar testleri, tanıya yardımcı olabilir. Deliryumun tedavisi, bölgedeki nedenlerin belirlenmesini ve bileşenlerini içerir. Tedavide dikkat edilecek hususların en önemlilerinden birisi hasta güvenliğidir ve hastaların sürekli gözlem altında tutulması ile mümkündür. Hastanın sürekli gözlemini yapabilecek olan en önemli sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Hemşirelerin deliryum riskini değerlendirmesi ve hastaların tedavilerini izlemesi birçok açıdan yarar sağlayacaktır. Ayrıca hasta ve aile üyeleriyle iletişim kurarak destek ve eğitim sağlamalıdır. Sonuç olarak, yoğun bakımlarda deliryum,

- 1 Doktor Öğretim Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, E-mail: siddikaersoy@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-8094-8042
- 2 Prof. Dr. Öğretim Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, E-Mail: sukranozkahraman@sdu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0001-7286-6477
- 3 Yüksek Lisans Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, E-Mail: sinaantopuz@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-8187-7079

hastalar için ciddi bir sorun olabilir ve etkili bir şekilde yönetilmelidir. Hemşireler, tanı, tedavi ve bakım bileşenlerinde önemli bir rol oynayan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hasta bakım maliyetlerini azaltarak bakım konforunu sağlamak için hemşirelere düşen rol büyüktür. Deliryumun raporlanması ve doğru hasta izleminin sürdürülmesi, sağlıklarının artırılması için hayati bir adımdır.

1. Giriş

Yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar için fiziki koşullar, tıbbi teşhisi ve yapılan tedavi kapsamında fizyolojik ya da ruhsal, akut veya kronik komplikasyonların meydana gelmesi görülebilir. Oluşabilecek komplikasyonların tespit edilmesi ve engellenmesine dair incelemeler, yoğun bakımda tedavi gören hastalarda hayati zararlara sebebiyet verebilen nedenlerin arasında %16-89 oranına sahip olan deliryumun olduğunu göstermektedir (Bruno ve Warren 2010; Ely ve ark. 2004; Krahe, Heymann ve Spies 2006).

Deliryum; akut olarak meydana gelen, beklenmedik farklılıklar yaratan, yoğun bakım üniteleri içerisinde sürekli ortaya çıkan, önceden teşhis ve risk etmenlerin giderilmesi ile önüne geçilebilen bir problemdir. Ancak önüne geçilemediği zaman şiddetli düzeyde mortalite ve morbidite eşlik eder (Barr vd., 2013; Welch ve Jackson, 2018; Delirium Clinical Care Standard, 2021).

Çoğunlukla deliryum görülme riskinin fazla olduğu kişiler yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalardır (yaşlılık, iki veya daha fazla kronik rahatsızlığı olan, hareket kısıtlılığı). Buna ek olarak yoğun bakım üniteleri hastalarda deliryumun oluşmasına sebebiyet verebilecek çok fazla unsur bulundurur (birden fazla katater uygulanması, birden fazla ilaç uygulanması, sedatize etkiye sahip ilaç uygulanması, kooperasyon ve iletişimin bozulması) (Dhinesh, 2020). Bu sebeplerden dolayı yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalarda deliryumun tespit edilmesi ve önlenmesi hemşireler için son derece önem arz ettiği söylenebilir.

2. Tanım ve Tipleri

Deliryum kelimesi, Yunanca’ da “saçma konuşmak” anlamına gelen “leros” ve Latince’ de “izin dışına çıkmak” anlamına gelen “delirare decedere” den meydana gelen (Mauk, 2010); ansızın başlangıç gösteren, kognitif fonksiyonlarda bozulma, artan veya azalan devinsel etkinlik ile uyuma-uyanma döngüsünde düzensizlikle birlikte özgünleşen güçlü bir nöropsikiyatrik sendrom durumudur (Ok vd., 2010; Welch ve Jackson, 2018).

2019'da Amerikan Psikiyatri Dergisi'nde yayımlanan bir makalede deliryum; temelinde bir patoloji olması ya da toksikasyona bağlı patofizyolojik bir sonuç meydana getiren akut beyin sendromu şeklinde ifade edilmiştir (Thom vd., 2019).

Deliryum; ansızın başlangıç gösteren, kognitif fonksiyonlarda bozulma, şuurda dalgalanma, algının bozulması, artan veya azalan devinsel etkinlik ile uyuma-uyanma döngüsünde düzensizlikle birlikte özgünleşen akut, fizyolojik zihinsel bir sendrom durumudur (Akıncı ve Şahin 2005; Krahe ve ark. 2006). Hastalarda meydana gelen bu zihinsel değişikliklerin akut beyin sendrom, yoğun bakım psikozu, yoğun bakım sendromu, akut konfüzyon durumuna benzer kavramlarla tanımlanması, son zamanlarda yoğun bakımda tedavi gören hastalar açısından deliryumun beklenen bir hal şeklinde değerlendirilmesine ve gereken ehemmiyetin gösterilmemesine sebebiyet vermiştir (Akıncı ve Şahin 2005).

“Akut konfüzyon durumu”, “toksik veya metabolik ensefalopati” ve “akut beyin yetmezliği” şeklinde de tanımlanan deliryum, çoğunlukla yaşlı bireylerde meydana gelen klinik durumdur. Dikkati toplayabilme ve devamlılığının bozulması, şuur ve durumda değişme, hafızada zayıflama ve oryantasyonun bozulmasıyla özgünleşen deliryum (Ali ve Cascella, 2021; Echeverría ve Paul, 2021), tıbbi gidişatı alt üst eden bir durumdur (Watt vd., 2019).

Deliryumun genellikle tek boyutlu değerlendirildiğini ama farklı alt türlerinin olduğunu; hasta bireylerin gruplandırılmasına göre deliryum sebeplerinin, seyrinin ve sonuçları arasında fark olabileceği Palyatif Bakım isimli bir dergide yayımlanmış olan makalede söz edilmiştir. Makalede postoperatif hastalar, onkolojik hastalar, kalp yetmezliği bulunan ve palyatif bakım hastaları şeklinde gruplandırıldığında çeşitli sebeplerle deliryumun meydana gelebileceği, çeşitli klinik tablo ve sonuçlarını oluşturabileceği; bu sebeple doğru tedaviyi planlayabilmek için etiyojisinin iyi belirlenmesinin temel olduğu üstünde durulmuştur (Hui, 2019).

Deliryum, temelinde 3 tip şeklinde bulunur. Bu 3 tip; hipoaktif, hiperaktif ve miks tiptir.

2.1. Hipoaktif Deliryum

Hipoaktif deliryum çoğunlukla apati, motor fonksiyonlarda yavaşlık, konfüzyon, yanıt vermede azalma, sedasyon, uyuşukluk ve içine kapanma ile özgündür. Bu gibi durumlar depresyon durumuyla karışma ihtimali olabileceğinden dikkat edilmeli, unutulmamalıdır (Ali ve Cascella, 2021).

Bir diğer yandan hipoaktif deliryum, hasta bireylerin mekanik ventilatörle tedavi sürelerinin uzamasıyla birlikte ortaya çıkan komplikasyonlarda (aspirasyon pnömonisi, dekübit yaraları, nazokomiyal enfeksiyonlar) artışın olması ve buna bağlı olarak mortalite oranının da arttığı kabul edilmektedir (Fan vd., 2012). Hipoaktif deliryum, post-op deliryumun en bilinen halidir (Janjua vd., 2021).

2.2. Hiperaktif Deliryum

Hiperaktif bir diğer adıyla ajite tipte; tedirginlik, illüzyonlar, halüsinasyonlar ve duygusal kararsız olmaya benzer çoğunlukla bakım vermeye engel olan pozitif psikotik etkilerle özgündür ama klinik prognozu olumlu tablo göstermektedir (Camus vd., 2000; Ali ve Cascella, 2021).

2.3. Miks Tip Deliryum

Miks tip deliryumda hastalar, hipoaktif ve hiperaktif deliryum tiplerinin birlikte olduğu belirtileri meydana getirir; hasta bireylerde hipoaktif ve hiperaktif deliryumun etkilerinde artma-azalma görülmektedir (Ali ve Cascella, 2021).

Deliryumun alt tiplerine dair literatür incelendiğinde araştırmaların kısıtlı olması bilinmekle, yoğun bakım ünitelerinin haricinde en fazla tanımlanmış olan deliryum şeklinin hiperaktif deliryum olduğu 2018'de yapılmış olan bir incelemede belirtilmişken, hipoaktif deliryum (%24.5-%43.5) ve miks tip deliryumun (%52.5) yoğun bakım ünitelerinde karşımıza çıkan en yaygın tipleri olduğu beyan edilmiştir. Hiperaktif tip deliryum yoğun bakım ünitelerindeki vakaların yaklaşık olarak %23'ünü meydana getirmiştir (Collet vd., 2018).

Avelino-Silva vd., (2018); hiperaktif deliryumun hipoaktif deliryuma kıyasla daha iyi seyir gösterdiğini beyan etmişlerdir.

Bir diğer incelemede hipoaktif deliryumun %19.9, hiperaktif deliryumun %50.1, miks tip deliryumun %24.6 oranında olduğu ve vakaların %5.4 oranında ise alt tip deliryumlardan hiçbirine uymadığı tespit edilmiştir (Grover vd., 2014).

Klinik sendromlarda hiperaktif tip deliryum daha çok görülmesine rağmen son zamanlarda hipoaktif tip deliryum da sağlık profesyonellerinin ilgisini çekmektedir. Ön planda olmayan belirtilerle ilerleyen hipoaktif tip deliryum yapılan son incelemelerle birlikte önemine olan destek artmaktadır (Hong ve Park, 2018).

Literatür içerisinde çoğunlukla üç tip deliryumdan söz edilmektedir. Ancak hasta bireylerde “motor semptomu olmayan tip deliryum” diye isimlendirilen yalnızca kognitif etkilerini gösterdiği tipi de vardır (Velthuisen vd., 2018).

3. Belirti Bulguları ve Klinik Seyri

Yoğun bakım ünitelerine hastaların yatışının yapılmasının ardından 48-36 saat arasında meydana gelen deliryum, 36-72 saat arasında ortadan kalkmasına rağmen, süreç 2 ay daha sürebilmektedir (Özsaban ve Acaroğlu, 2015).

Deliryum sürecinde birden fazla bulgu ve semptom görülebilirken, klinik süreçte değişiklik izlenebilir. Birtakım semptomlar, deliryumun en net ve karakterize durumuyken kimi semptomlar ve klinik süreçte nörolojik ve psikiyatrik teşhislerle benzerlik gösterebilmektedir. Belirtilerin gün içerisinde artma-azalma halinde seyretmesi en karakterize belirtisi olmasına rağmen hastaların hal ve hareketlerini takip etmek ve ayırt etmek son derece zordur. Hastanın uyanıklığında artma, ajite olması, aşırılık ve agresif hali olması yanında uykuya meyil, hareketsizlik durumu da meydana gelebilmektedir. Hasta deliryumdayken halüsinasyon ve illüzyonlar görmekte olduğunu dile getirip, yakın zaman anılarını anımsamakta zorluk yaşayabilmektedir. Anılarını hatırlamakta zorlanma olmasının sebebi kayıt edememesidir. Bütün bu etkiler deliryuma özgün olabileceği gibi hastanın ruhsal dalgalanma sürecine karakterize bir semptom bulunmamaktadır. Hastada anksiyete olabileceği gibi; öföri, apati, agresiflik veya depresyon şeklinde duygusal gelgitler olabilir. Ancak bu duygusal süreç farklı nedenlerden dolayı meydana gelebileceği için doğrudan deliryumla ilişkilendirilemez (Kırpınar, 2016; Kaya vd., 2013).

Hayatı tehdit eden bir çerçevede ilerleyen deliryumda meydana gelen metabolik değişimler genel olarak sinir sisteminde bozulmalara sebebiyet vermektedir. Bütün bu değişiklikler neticesinde deliryumun klinik prognozunu meydana getirmektedir. Klinik prognoz, bireyin karakteri, bireyin deliryum gelişmeden önce baş edebilme teknikleri ve stres altında göstermiş olduğu emosyonel reaksiyonlarda etki etmektedir. Klinik prognozu yanlış yönlendiren temel koşul, semptomlar meydana gelirken pozitif ve negatif durumunu sürekli olarak gösterebilmesidir. Gün doğumuna yakın veya gece saatlerinde deliryum hali gösteren hastalar gün içinde oryante ve koopere bir birey olarak ele alınabilir. Anlaşılmaz kelimeler, uyumsuz hareket, anksiyete, aşırı düzeyde hassasiyet gösteren ve göstermiş olduğu semptomlarda gelgitleri bulunan hastalarda hemşirelerin dikkatli gözlemi

önem arz etmektedir. Göstermiş oldukları bu etkilerden dolayı hastanın etrafında meydana gelen bütün gidişat ve gelişmeleri iç çözümlemesiyle anlayıp gene kendi ve çevresindeki bireylere zarar verebilme, yaralanma veya düşme riski ihtimali son derece yüksektir (Aldemir, 1998).

4. Risk Faktörleri

Deliryum; gelgitli bir süreç sergileyen, aniden başlamasıyla beraber çoğunlukla kısa süre etkinlik gösteren, anlama zorluklarının olduğu, halüsinasyon ve anksiyetenin ön planda olduğu klinik bir durumdur. Bu klinik durumda özellikle yaşlı bireylerde ciddi görülme sıklığı olduğu belirtilse de deliryum çerçevesinde çeşitli hasta grupları da tehlike içerisinde (Aldemir 1998).

Tablo 1: Deliryum Risk Faktörleri

(Akıncı ve Şahin, 2005; Küçük ve Kaya, 2011; Elie vd., 2001; Schor vd., 1992; Dönmez vd., 2007)

| Hasta Özellikleri | Destekleyici Durumlar | Dışardan Etmenler |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> · İleri yaş · Hasta öyküsünde mental bozukluk, nörolojik ya da psikiyatrik durumların söz konusu olması · Sistemik hastalıkların varlığı · Madde kullanımı · Erkek cinsiyet · İzole yaşam tarzı · Öykü de demans ve depresyonun varlığı · Fazla ilaç kullanımı · AIDS | <ul style="list-style-type: none"> · Hipotansif, hipoksik olma durumu · Sıvı volüm azlığı (kan ya da dehidratasyon) ve elektrolit bozukluğu · Lidokain kullanımı · Narkotik analjezik ve epileptik ilaç kullanımı · Ağrı · Hastanede yatış süresinin uzunluğu · Beslenme bozukluğu · Uyku örüntüsünde bozukluk · Hipertermi - hipotermi · Fraktür – Cerrahi işlem geçirme · Görme – işitme bozukluğu · Kardiyojenik ya da septik şok · Mekanik ventilatöre bağlı kalma süresi · Anestezi çeşidi (epidural anestezi) · Laboratuvar değerlerinin dengesizliği (yüksek BUN/ kreatinin/bilirubin, hipo- hiperglisemi, hipo-hipernatremi) | <ul style="list-style-type: none"> · Fiziksel ortamın fazla gürültülü olması · Uyarıların fazla veya az oluşu · Fiziksel kısıtlama kullanılması · Hastada fazla sayıda kateter ve invaziv işlem uygulanması · Hasta odasının sık değişmesi · Gözlük kullanan hastanın gözlüğünün bulunmaması · Hasta odasında ya da yakınında görebileceği şekilde saat ve takvim bulunmaması · Acil servisten ya da transfer yoluyla kabul |

5. Tanı Testleri

“Deliryum Değerlendirmesinde Sık Kullanılan Ölçüm Araçlarının İncelemesi” isimli Uludağ Tıp Fakültesi Dergisi’nde (2020) yayınlanan derlemede deliryumun incelenmesinde en yaygın uygulanan ölçüm araçları:

- NEECHAM Konfüzyon Skalası,
- NuDESC (Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği),
- RASS (Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası),
- RSS (Ramsay Sedasyon Skalası),
- CAM (Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği),
- CAM-ICU (Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği),
- pCAM-ICU (Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği),
- ICDSC (Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi),
- MDAS (Memorial Deliryum Assesment Scale),
- DRS-R-98 (Deliryum Değerlendirme Ölçeği-Revize-98),
- MMSE (Mini Mental Durum Muayenesi),
- Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale,
- DOS (Deliryum Observation Screening Scale),
- SAS (Riker Sedasyon Ajitasyon Skalası),
- MAAS (Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği), Clook Drawing Test” şeklinde gösterilmiştir.

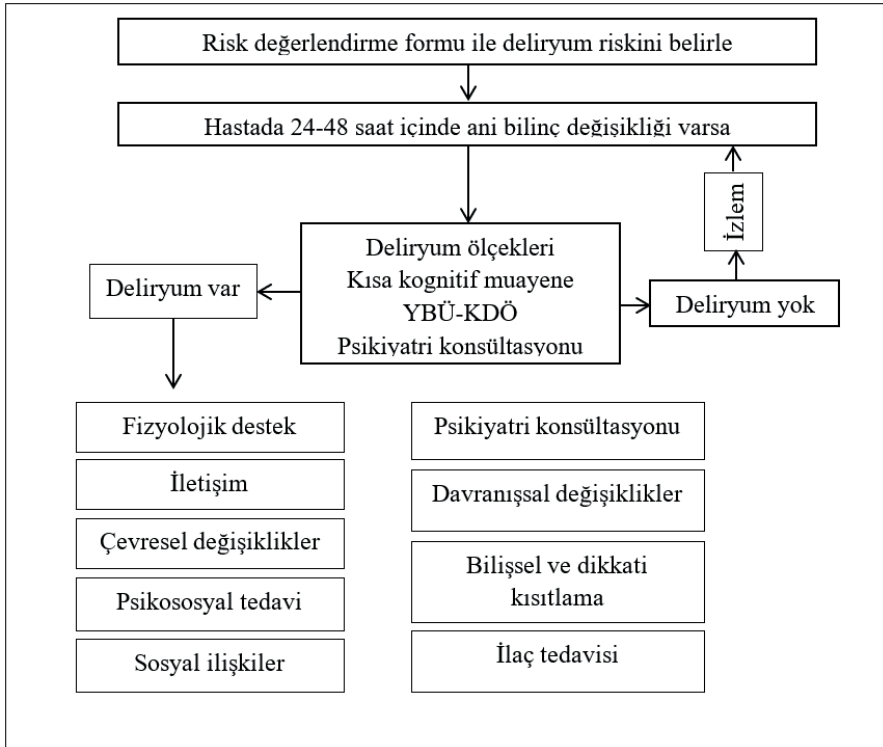
Bu ölçüm araçlarından Paediatrics CAM-ICU, Memorial Deliryum Assesment Scale, Deliryum Observation Screening Scale haricindeki diğer tüm ölçüm araçlarının Türkçe sürümü bulunmakla beraber; Ramsay Sedasyon Skalası, Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği, Pediatric Anesthesia Emergence Delirium Scale, Riker Sedasyon Ajitasyon Skalası ve Motor Aktivite Değerlendirme Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği açısından inceleme yapılmadığı bildirilmiştir. Yayımlanmış olan bu derlemede yine deliryumdan önce incelemelerde en yaygın uygulanan ölçüm araçları RASS, RSS, MASS ve SAS olduğu tebliğ edilmiştir (Erbay ve Girgin, 2020).

6. Tedavi

Deliryum teşhisi almış hastalar için tedavi yöntemi fizyolojik destek sağlamak, diyalog kurmak, çevrede bulunan etkenleri kaldırmak, psikososyal destek sağlamak, diğer branşlardan görüş almak, kognitif ilgiyi sınırlamak ve farmakolojik tedavi şeklindedir (Şekil 1) (Rapp vd., 2001).

Analjezik ve sedatize etki gösteren çelişkili farmakolojik tedaviler deliryumun belirtilerini artırabilir. Deliryum veya psikozlu hastalarda sedatize etki gösteren ilaçlar uygulandığında travma ve konfüzyonu daha şiddetli bir duruma sokabilir, hastanın ajite halini aykırı bir biçimde artırma ihtimali meydana gelebilir (Breitbart).

Deliryum tablosu meydana geldikten sonra tedavi şekli iki yöntemle anlatılabilir. İlk olarak deliryuma sebebiyet veren etkenleri giderme, diğeri ise belirtilere yönelik farmakolojik tedavidir (Ely vd., 2001).



Şekil 1. Rapp vd., 2001 Deliryuma yaklaşım algoritması.

7. Hemşirelik Yaklaşımı

Deliryumun meydana gelmesi uygulanan tedavi ve bakımın niteliğine etki ederek hemşireler için meslek hazzını negatif yönde etkilediğinden, hemşirelik bakımını prensip haline getiren hemşireler açısından deliryumu ilah ve tedavi etmek son derece önem arz etmektedir (Alexander, 2009).

Deliryumun teşhis edilmesi ve tedavisinde hemşireler kilit nokta olmasına karşın yapılmış olan birçok incelemede deliryumu teşhis edemedikleri ve idare edemedikleri tespit edilmiştir (Devlin vd., 2008; Sona, 2009; Rice vd., 2011; Ateş, 2012).

Amerikan Psikoloji Derneği'ne (American Psychological Association-APA) göre deliryum, "temelinde mevcut olan, demans ile daha uygun izah edilemeyen, ani başlayıp gün içinde gelgitler sergileyen; algılamada bozulma, ilgiye bağlı kabiliyetlerde gerileme ve kognitif yapıda değişimlerle özgün şuur değişiklikleri" olarak ifade edilmiş ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği'nce de (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) "ani başlayıp kısa süreli konfüzyonlar, fikir oluşumunda bozukluk, çevresel iletişimde bozukluk, uyku-uyanıklık döngüsünde bozukluk, künt yaralanma tehlikesi" hemşirelik teşhisleriyle gözlemlenmektedir (Carpenito ve Moyet, 2012; Özdemir, 2015).

Bütün sağlık problemlerinde uygulandığı gibi deliryum kontrolünde de hemşirelik bakım planı kapsamında hemşirelik bakımı uygulanması gereklilik göstermektedir. Hasta bireyin öyküsünün alınmasının üzerine fiziki muayene ile sonuçlandırılan ilk teşhisinin ardından her nöbeti teslim alan hemşire; hasta bireyin fiziki ve ruhsal tablosuna hitap eden hemşirelik teşhis/teşhisleri tespit edilmelidir. Nöbet esnasında bireyin tablosunda değişiklik olduğunda ise belirlenmiş olan hemşirelik teşhis/teşhisleri yeniden değerlendirilmelidir. Belirlenmiş olan hemşirelik tanılamlarına en elverişli girişim uygulanmalıdır. Var olan problemin karakteristik nitelikleri ve problemi etkileyen etkenler incelenmelidir. Hedeflenen hemşirelik uygulamalarıyla birlikte arzu edilen neticeleri ve uygulamanın hedefi de kesinlikle tespit edilmelidir. Bu adımlarla birlikte hedeflenen bütün hemşirelik uygulamaları gerçekleştirilmeli ve elde edilen neticeler incelenmelidir. Hedeflenen sonuca erişilemedi ise bütün adımlar en baştan değerlendirilerek hemşirelik teşhisi yeniden düzenlenmelidir. Bu yaklaşım ile problemi bulunan hasta bireyin hemşirelik bakımı da programlı, denetimli ve nitelikli şekilde uygulanabilecektir (Barr vd., 2013; Delirium Clinical Care Standard, 2021).

Deliryumun ortaya çıkmaması için bireyde var olan riskli etkenler incelenerek gereken tedbirler uygulanmalıdır. Bireyin yer ve zaman

oryantasyonundan kopmaması son derece önem arz etmektedir; hasta gözlük veya işitme cihazı kullanıyor ise ulaşabileceği noktada olmalı ve bireye aralıklarla güncel saat söylenmelidir. Bunlara ek olarak bireyin duyguları ve düşüncelerini dile getirmesine müsaade edilmeli ve bireyi anlamak için gayret gösterilmelidir. Bireyin tedavi ve hemşirelik bakımı zorunlu olmadıkça yeme-içme, lavabo ihtiyacı ve uyku-uyanıklık döngüsünü engellemeyeceği bir planlama yapılmalıdır (Barr vd., 2013; Delirium Clinical Care Standard, 2021).

Bütün bu durumlara ek olarak hemşireler açısından bireyin bedensel istikrarının devam ettirilmesi de deliryumun kontrolünde son derece önem arz etmektedir. Bireyin laboratuvar bulguları kontrol edilmeli ve istenmeyen sonuçları doktoruna haber verilmelidir. Tansiyon ve kan-şeker düzeyi takibi yapılmalı, vücut ısısının dengede olması sağlanmalıdır. Postoperatif aşamada olan bireylerin hızlı mobilize edilmesi deliryumun engellenmesinde son derece önemli olduğu bilinmektedir. Enfeksiyonların önceden tespit edilmesi ve ortadan kaldırılması için en elverişli tedavinin uygulanması da gene hemşireler açısından özen gösterilmesi gereken girişimlerden biridir (Barr vd., 2013; Delirium Clinical Care Standard, 2021).

Talimatlara göre çeşitli sağlık kuruluşlarında deliryumun engellenmesine karşı tavsiyeler kısaca aşağıdaki gibi aktarılmaktadır:

Genel

Çok bileşenli müdahaleler:

-Yüksek risk içeren etkenlerin erken fark edilmesi (65 yaş ve üzerindeki bireyler, demans, ortopedi operasyonları)

-Deliryumun her gün gözden geçirilmesi

-Çevre uyumlamasının oluşturulması (işitsel, sezgisel, görsel, zaman-mekan-birey)

-Hidrasyon dengesinin sağlanması

-İdrar ve gaita düzensizliklerinin önlenmesi

-İmkan varsa oral alıma erken başlayabilme

-Metabolik bozulmaların giderilmesi

-Oksijen düzeyinin uygun olmasına dikkat etme

-Enfeksiyonları oluşmadan önce belirleme

-Ağrının çözümü için etkin tedavi uygulama

- Mobilize olmasına yardımcı olmak
- Antipsikotik ve türevlerini kullanmamaya özen gösterme
- Benzodiazepin kullanmaya özen gösterme
- Uyku ve uyanıklık döngüsü oluşturmaya yardımcı olma
- Cihaz ve kataterlerin erken çıkarılması
- Fiziksel kısıtlama yapmamaya özen gösterme
- Uyku düzenini sağlama (kulak tıkacı, uyku maskesi)

Farmakolojik müdahaleler:

-Yüksek düzeyde kanıt yok

Yoğun Bakım Üniteleri, Entübe Edilmiş ve Entübe Edilmemiş Hastalarda

• Farmakolojik olmayan müdahaleler:

-Yüksek risk altındaki bireylerin erken fark edilmesi (demans, 65 yaş ve üzerindeki bireyler, ventilasyon, şok, sepsis)

-Az miktarda sedasyon uygulama

-Benzodiazepin kullanmamaya özen gösterme

-Kısa zamanda mobilize edebilme Erken mobilizasyon

-Gündüz ve gece düzeni oluşturmaya yardımcı olmak

-Çevreye oryante olabildiğini sağlamak

-Alet ve katater/tüplerin imkan varsa zamanından önce çıkartılması

• Farmakolojik müdahaleler

-Görüş oluşturabilecek kanıtlar mevcut, ancak kılavuzlar önermiyor

(Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2019).

8. Sonuç

Sonuç olarak deliryum durumu çeşitli risk faktörlerinin sebep olduğu bilinç bulanıklığıyla seyreden bir hastalık olduğunu söyleyebiliriz. En önemli risk faktörünün ileri yaş olduğu yapılan araştırmalarla belirtilmiştir. Hemşirelerin deliryumun diğer hastalıklardan ayırmakta ve erken fark edilmesinde kilit rol oynamakta olduğunu ileri sürülmektedir. Deliryumun tedavisinde, farmakolojik tedavinin yanı sıra altta yatan problemlerin, çevre ve diğer risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasının da önem arz ettiğini vurgulamak gerekir.

9. Kaynakça

- Akıncı, S. B., Şahin, A. (2005). Yoğun bakımda deliryum. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(1): 26-35.
- Aldemir M (1998) Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Deliryum Sebepleri, Prevelansı ve Sonuçları. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, (Danışman: Prof. Dr. Celalettin Keleş).
- Alexander E. (2009). Delirium in the intensive care unit: Medications as risk factors. *Critical Care Nurse*, 29(1), 85–87. <https://doi.org/10.4037/ccn2009986>
- Ali, M., & Cascella, M. (2021). ICU delirium. In Statpearls. *Statpearls Publishing*. Erişim adresi: <https://www.nlm.nih.gov/books/NBK559280> (Erişim tarihi: 25.11.21)
- Ateş, A. (2012). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılaması ile deliryum riskinin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. (Danışman: Doç. Dr. Rengin Acaroğlu)
- Avelino-Silva, T. J., Campora, F., Curiati, J. A. E., & Jacob-Filho, W. (2018). Prognostic effects of delirium motor subtypes in hospitalized older adults: A prospective cohort study. *Plos One*, 13(1), E0191092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191092>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta., J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y., ... American College of Critical Care Medicine (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Breitbart W, Marotta R, Platt M, et al. (1996) A double-blind trial of haloperidol, chlopromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry*; 153:231- 7.
- Bruno, J. J., Warren, M. L. (2010). Intensive care unit delirium. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 22(2): 161-178.
- Camus, V., Gonthier, R., Dubos, G., Schwed, P., & Simeone, I. (2000). Etiologic and outcome profiles in hypoactive and hyperactive subtypes of delirium. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(1), 38–42. <https://doi.org/10.1177/089198870001300106>
- Carpenito-Moyet LJ. (2010). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (Çeviren: Erdemir, E.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Collet, M. O., Caballero, J., Sonnevile, R., Bozza, F. A., Nydahl, P., Schandl, A., Wøien, H., Citerio, G., Van Den Boogaard, M., Hästbacka, J., Haenggi, M., Colpaert, K., Rose, L., Barbateskovic, M., Lange, T., Jensen,

- A., Krog, M. B., Egerod, I., Nibro, H. L., Wetterslev, J., ... AID-ICU Cohort Study Co-Authors (2018). Prevalence and risk factors related to haloperidol use for delirium in adult intensive care patients: The multinational aid-ICU inception cohort study. *Intensive Care Medicine*, 44(7), 1081–1089. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5204-y>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., ... & Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825-873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Dhinesh, C. J. (2020). *Study on delirium-etiology, clinical profile and outcome*. (Doktora Tezi). Kilpauk Medical College, Chennai. Erişim adresi: <http://repository-tnmgrmu.ac.in/13830/> (Erişim tarihi: 12.09.21)
- Dönmez MC, Gündoğar D, Demirci S (2007) Deliryum: Nedenleri ve Klinik Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi Dergisi* 27: 722.
- Ely EW, Gautam S, Margolin R, et al. (2001) The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med*; 27:1892-900.
- Ely, E. W. ve ark. (2004). Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care units: A survey of 912 healthcare professionals. *Crit Care Med*, 32(1): 106-112.
- Erbay, Ö. & Kelebek Girgin, N. (2020). Deliryumun değerlendirilmesinde sık kullanılan ölçüm araçlarının incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 46 (1), 113-121. Erişim adresi: [https://dergipark.org.tr/tr/pub/uutfd/issue/54667/676518](https://dergipark.org.tr/pub/uutfd/issue/54667/676518) (Erişim tarihi: 04.02.2020)
- Grover, S., Ghosh, A., & Ghormode, D. (2014). Do patients of delirium have catatonic features? An exploratory study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(8), 644–651. <https://doi.org/10.1111/pcn.12168>
- Hong, N., & Park, J. Y. (2018). The motoric types of delirium and estimated blood loss during perioperative period in orthopedic elderly patients. *BioMed Research International*, 9812041. <https://doi.org/10.1155/2018/9812041>
- Hui D. (2019). Delirium in the palliative care setting: “Sorting” out the confusion. *Palliative Medicine*, 33(8), 863–864. <https://doi.org/10.1177/0269216319861896>
- Janjua, M. S., Spurling, B. C., & Arthur, M. E. (2018). Postoperative delirium. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534831/> (Erişim tarihi: 24.11.21)
- Kaya E, Sönmez S, Barlas F (2013) Deliryum. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 29(2): 70-74.

- Kırpınar İ (2016) Dahili ve Cerrahi Tıpta Deliryumun Değerlendirilmesi ve Yönetimi: Bir Gözden Geçirme. *Bezmialem Science* 3: 113-122. <https://doi.org/10.14235/Bs.2016.508>
- Krahne, D., Heymann, A., Spies, C. (2006). How to monitor delirium in the ICU and why it is important. *Clin Effect Nurs*, 9(3): 269-279.
- Küçük L, Kaya H (2011) Koroner Yoğun Bakım Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik Bir Durum: Deliryum Ne Kadar Tanıyoruz ? . *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 4(1): 161-166.
- Mauk, K. L. (2010). *Gerontological nursing: Competencies for care*. Jones & Bartlett Publishers. Erişim adresi: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=HbNsoi664-wC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Gerontological+nursing:+Competencies+for+care.+Jones+%26+Bartlett+Publishers.&ots=ba-4jR1ufN&sig=NeifZHpVWYKNmfNgo-Lu5Tr9qpmM&redir_esc=y#v=onepage&q=Gerontological%20nursing%3A%20Competencies%20for%20care.%20Jones%20%26%20Bartlett%20Publishers.&f=false (Erişim tarihi: 16.02.2021)
- Ok, G., Aydemir, Ö., Tok, D., Erbüyün, K., Turan., E. (2010). New delirium rating scale for ICU. *Archives of Neuropsychiatry*. 47(1). 36-39. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/42539989_New_delirium_rating_scale_for_ICU (Erişim tarihi: 14.10.21)
- Özdemir L. (2015). Yoğun bakım hastasında deliryumun yönetimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 1(1): 90-98. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88633> (Erişim tarihi: 15.04.21)
- Özsaban, A. & Acaroğlu, R. (2015). Yoğun bakım hastalarında deliryum ve yaşam modeli doğrultusunda bakımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 146-151. doi:10.17672/fnhd.10963
- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K., & Ely, E. W. (2006). Delirium and its motoric subtypes: A study of 614 critically ill patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(3), 479-484. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x>
- Ramírez Echeverría, M., & Paul, M. (2021). Delirium. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470399/#:~:text=Delirium%2C%20also%20known%20as%20the,and%20fluctuates%20during%20the%20day.> (Erişim tarihi: 12.04.2021)
- Rapp CG, Menten JC, Titler MG. (2001) Acute confusion/delirium protocol. *J Gerontol Nurs*; 27:21-33.
- Rice, K. L., Bennett, M., Gomez, M., Theall, K. P., Knight, M., & Foreman, M. D. (2011). Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult. *Clinical Nurse Specialist*, 25(6), 299-311. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e318234897b>

- Schor J, Levkoff SE, Lipsitz LA, Reilly CH , Cleary PD , Rowe JW , Evans DA . (1992) Risk Factors For Delirium in Hospitalized Elderly. *Jama* 267(6): 827-831. <https://doi.org/10.1001/Jama.1992.03480060073033>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 157. (2019). Risk reduction and management of delirium: A national clinical guideline. Erişim adresi: <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf> (Erişim tarihi: 24.10.21)
- Thom, R. P., Levy-Carrick, N. C., Bui, M., & Silbersweig, D. (2019). Delirium. *The American Journal of Psychiatry*, 176(10), 785–793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18070893>
- Velthuisen E, Zwakhalen S, Mulder W, Verhey F, Kempen G (2018) Detection And Management of Hyperactive and Hypoactive Delirium in Older Patients During Hospitalization: A Retrospective Cohort Study Evaluating Daily Practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 33(11): 1521-1529.
- Watt, C. L., Momoli, F, Ansari, M. T., Sikora, L., Bush, S. H., Hosie, A., ... & Lawlor, P. G. (2019). The incidence and prevalence of delirium across palliative care settings: A systematic review. *Palliative Medicine*, 33(8), 865-877. <https://doi.org/10.1177/0269216319854944>
- Welch, C., & Jackson, T. A. (2018). Can delirium research activity impact on routine delirium recognition? A prospective cohort study. *Bmj Open*, 8(10), E023386. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023386>

An Overview of the History and Sociological Structure of Nursing in the World and Turkey

Sumeyye Akcoban¹

Abstract

One of the fundamental rights of human beings The quality of health care services, which is one of the most important aspects of health care services, is determined by the training. In this context, being a nurse who is able to carry a professional identity is based on the scientific knowledge of the profession. In addition to having the accumulation of knowledge, the history of nursing, which forms the basis of this profession, the history of nursing, nursing discipline. It is also necessary to know and understand the process in which the developments in history are reflected. The nurse and nursing profession, which is an important team member of health care services, has a very old history. However, it is known that nursing has only recently been recognized as a profession at the professional level. In order for nurses to become more professional in clinical areas and to provide more effective care, it is necessary to have knowledge about the history and development of nursing. Therefore, this article is addressed with the aim of having information about the history and development of nursing both in Turkey and in the world.

1. INTRODUCTION

What is nursing before examining the history of nursing? It is necessary to answer the question. First of all, a nurse is a human being and her/his main field of work is to serve human beings. In order to understand, develop and advance today's nursing, it is necessary to understand past historical events, sociological ideologies and developments in nursing education (1,2). Before Florence Nightingale, the founder of nursing in the modern sense, the influence of religion was observed in nursing education in Europe. Patient care was carried out by nuns affiliated to churches. Although progress was

1 Lecturer, Hatay Mustafa Kemal University, Kırıkhan Vocational School, Health Services Department, Hatay, Turkey, Orcid:0000-0002-7533-8140

made gradually without professional status, the desired success could not be achieved. In the 19th century, Florence Nightingale brought a scientific approach to the nursing profession and constituted the beginning of modern nursing (3,4). In Anatolia, many hospitals were opened during the Seljuk State and women healers were also utilized. During the Ottoman Empire, health services provided in the field of the army came to the forefront and women remained in the background at the point of providing health services (5). DeKones School of Nursing, which was first opened in Germany in 1836 with a certain education, is important in terms of basing nursing on scientific foundations (6). Again, the start of undergraduate education at the University of Minnesota in 1905 in the USA is important in terms of defining nursing roles and professionalization of nursing (7). In our country, the introduction of undergraduate nursing education at Ege University for the first time also contributed to the profession (8). While all these developments were taking place, nursing roles also developed and became clearer.

2. Nursing Definition

Nursing has been defined in different ways by different authorities and nursing theorists until today. After the Crimean War, Florence Nightingale defined nursing as “the act of organizing and improving the patient’s environment in order to improve the patient”, and Virginia Henderson defined nursing as “dynamic power” for the patient to regain health and independence in 1955 (9). Dororhea Elizabrth Orem defined nursing as “one person’s effort to help another person” and demonstrated this with compensated, partially compensated and supportive/educational nursing systems. Joyce Travelbee defines nursing as “interpersonal processes” and sees the purpose of the nurse as helping the individual, family or community to cope with suffering or illness and to find meaning in them (10). The International Council of Nurses (ICN) defines nursing as a profession with responsibilities in providing care for the needs of each individual, preventing disease and maintaining health. Fulfillment of important roles such as advocacy, providing a safe environment, conducting research, shaping health policies and education are among the duties of nurses (11). The American Nurses Association (ANA) defines nursing as a profession that is constantly developing, renewed and specialized to meet the needs of society with compassion, conscience and dedication (12). In our country, the Turkish Nurses Association defines the nursing profession as a profession that provides the necessary care, education, research, development and counseling to protect, improve and improve the health of the individual and society and

to ensure the maintenance of health (13). The World Health Organization (WHO) has defined nursing as a science and art discipline focusing on people and their needs. When the common features of the definitions of nursing from the past to the present are examined;

- The human being is considered as a whole. Human beings are a whole with their physical, socio-cultural and psychological aspects and holistic care should be given.

- Clear and proper communication is necessary in terms of interpersonal relations during the implementation phase of the profession.

- Nursing is a science-based profession.

- The primary aim of the profession is to ensure the well-being and safety of the individual.

- It is among the duties of the nurse to help the individual in case of health and illness.

- Since the primary aim of the nurse is the patient and patient benefit, she/he should work with the team.

- Each professional member has responsibility in maintaining professional development (1).

3. History and Development of Nursing in the World

3.1. History of Nursing in the Ancient and Medieval Ages

In primitive societies in the early ages, nursing is seen to be in the form of practices arising from women's love, compassion and healing approach and maternal roles rather than being a separate occupation. However, when these characteristics are considered, it is difficult to define nursing as a profession (3). In an old Indian book dating back to 3500 BC, the definition of "nursing" as a care member was found in the books examined on health and care. In addition, it was stated in the book that a smaller proportion of nurses were women. Medicine and patient care showed positive momentum with the influence of Egyptian and Greek civilizations. The biggest contribution to medicine was made by "Hippocrates" who lived between 460-370 BC. The most important contribution of Hippocrates is that he eliminated the concept of magic in medicine and provided a more scientific approach to events. Women started patient care in the Ancient Greek period. In Greek history, "Asclepius" was a physician known as the healing god and "Hygeia" was a female goddess known as the goddess of health protection. It is possible to say that this female goddess undertook a nursing duty at

the point of health care (14). In the Middle Ages, the influence of religion on health, medicine and nursing was observed. In this period, in the light of the teachings of Jesus Christ, many nuns devoted themselves to health and social aid activities. Women affiliated with religious organizations made home visits, fed the hungry and provided home care to the sick. The first organization among nurses in this period was the successful “deaconess” Phoebe, who belonged to the rich and noble class and was also affiliated with a religious institution. In addition to being the first nurse and the first deaconess, Phoebe is also known as a public health nurse (15). One of the reasons for the lack of significant developments in the name of nursing in the Middle Ages stems from the influence of religion. Especially the oppressive attitude, bigotry and strict rules of the Catholic Church on nursing led to a dark age in nursing. When we look at the Islamic geography in this period, medical physicians such as Ibn-i Sina, Farabi, Biruni and Razi started to be recognized by Europe. Therefore, in the 14th century, hospitals that could be called qualified were opened in the Middle East and Central Asia and nursing care was made more authentic. By the 16th century, the church’s decisions for the interests of the church overruled science and research. In this period when feudal order was dominant, nurses were seen as the reason for the impoverishment of the peasants and thousands of women were killed. In the killing of nurses, the peasants living in feudal level saw nurses as the reason for their impoverishment. In this context, existing hospitals were closed and receiving health care was banned (14,16).

Although nursing, which was born out of human need, has a long history as an occupation, its journey to becoming a profession is the period after the first half of the 19th century when nursing schools were established and vocational education began. It is thought that wars, religious sects, various reforms, women’s rights and health care factors were effective in the initiation of nursing education in the world. In general terms, the greatest advances were recorded in the new and recent era in the field of nursing as in many disciplines (17).

3.2. History of Nursing in the New Age

After the conquest of Istanbul, the Middle Ages closed and the New Age began. Due to the turmoil in the New Age and the negative impact of the Protestant sect on nursing, which received its strength from the Catholic Church, nursing came to the point of extinction. Prolonged wars, improper environmental sanitation and unsanitary conditions led to an increase in infectious diseases and the death of many people. In order to prevent all this, hospitals were reopened. But the people who cared for

the patients in the hospitals were prisoners and prostitutes with no formal education. These people treated the patients badly, so the hospitals were left with poor people. With the social reform movements, the first steps towards modern nursing were taken by the French priest St. Vincent de Paul. Paul believed that poverty and misery could be prevented with aid. For this purpose, he founded the organization of the Sisters of Charity in 1633. St. Paul also opened a home for abandoned children in 1660. In 1840, Elizabeth Fry founded a short-term school for nurses in England. Earlier, in 1817, Fry had founded a charity for women prisoners. In 1822, Theodor Fleidner, a German priest who had been influenced by Elizabeth Fry when he was in England, returned home and founded the Kaiswerth School of Dekones. In this school, the main function of the deaconesses was to act as nurses. When Fleidner died, he left behind 32 deacon houses and 1600 deacones as a legacy. In addition, these deacones were distributed to various parts of the world and played an important role in nursing education (6,14,16).

3.3. History of Nursing in the Modern Age

The Modern Age, which began with the Renaissance, was a period of many innovations that also affected nursing and health services. With geographical discoveries and the industrial revolution, new places were discovered, production increased and thus the number of people increased. The increase in crowded environments brought with it injuries and diseases. On the other hand, people were divided into classes and the need to help the weaker societies in the lower class arose. As a result, various communities emerged. These communities contributed to the development of nursing with the support of women's freedoms and women's rights. As in other periods, the influence of religion is also seen here (14,18,19).

In the later period of the Modern Age, a large number of deaconesses were trained. Especially in England and America, deaconess organizations assumed an active role. One of these deaconesses was Florence Nightingale. Florence Nightingale, considered the pioneer of world nursing, was born on May 12, 1820 in Florence, Italy. She continued her life as the daughter of a rich and wealthy family. In 1847, when she visited Rome during her trip, she saw the education of Catholic nurses and admired it. Two years later, she visited Fleidner's Dekones organization in Kaiserwerth and returned in 1851 after staying there for three months. Although she did not like the teaching system of the Dekones Organization, she was impressed by Fleidner's and the deacones' goals and desire to work (19,20).

Florence Nightingale achieved her most important achievements in the name of nursing during the Crimean War. In 1854, Nightingale was assigned to take care of British soldiers and came to Istanbul on the same date. With her team of 38 nurses, Nightingale organized the environmental conditions of the hospital established in Selimiye Barracks. She also collected data on the morbidity and mortality rates of the soldiers and the factors affecting these rates, and kept statistics by graphing the results. Nightingale and her team reduced the mortality rate of soldiers from 42% to 2% with the care she provided (18,20).

In the 19th century, after the reform movements in England, when nursing was mentioned, an undisciplined, disobedient, quarrelsome, ignorant and even drunken professional was brought to mind. Here, Nightingale saved the nursing branch, which was not given importance, unknown and underestimated, gave it respectability and became its leader. She tried to set certain standards and base the nursing profession on scientific foundations. Therefore, Nightingale is known as the first theorist in nursing and the founder of modern nursing. Florence Nightingale started her work for the establishment of the St. Thomas' hospital nursing school in 1857. St. Thomas' hospital opened its nursing school and fund in June 1860 (14). After the opening of the nursing school in St. Thomas' Hospital, the "Nightingale Model" started to be applied in nursing education all over the country. Although nursing education in this model focused on patient care in the hospital rather than theoretical education, Nightingale's education program became a model for many countries and these countries wrote letters to F. Nightingale and asked her to train one person to be sent from their countries (16,18).

St. Thomas School of Nursing is important in terms of meeting the first requirement for nursing to be considered a profession. Qualifications such as formal school education, admission of students to the school according to certain criteria, and wearing uniforms were determined for the first time. Thus, formal/systematic nursing education started in the world with Nightingale. Components such as philosophy, objectives, management and organization, qualifications of educational staff, job description, students, materials, facilities, services and evaluation in this education program constitute Florence Nightingale's own values on nursing education (16). The Nightingale School Fund was a revolution in the Victorian era in the 19th century. It established a mission based on the idea that women could receive education and become professionals by receiving nursing education. Within the scope of traditional practices in the society, it made it possible for nurses to provide care based on scientific foundations apart from moral

values. After the school graduated, the differences between nurses with regular and disciplined training and nurses trained from practice were immediately recognized and attempts were made in other London hospitals. These schools, which showed many changes in the following years, were opened in England and its colonies with the “Nightingale Method”. As time passed, these nurses had better living conditions. Meanwhile, the interest shown by the Red Cross organizations in nursing education contributed to the development of modern nursing. Nightingale put her experiences into writing and published publications and various works in the field of nursing (14,18,20).

While this was going on in England, nursing care in the USA was provided by nuns under the influence of the Catholic Church. However, the nursing care provided was far from science. Especially Florence Nightingale’s practices in the name of nursing attracted the attention of US physicians. Therefore, attempts were made to open nursing schools within the church. In 1860, a nursing course similar to the Dekones organization in Germany was opened in New England. In 1861, Anne Priston opened a school at the Woman’s Hospital of Philadelphia in order to care for women and children as well as to train female doctors and trained nurses (21,22). After the civil war in the USA in 1870, the first nursing school was opened in 1872 at the Philadelphia Women’s Hospital in accordance with the Nightingale Model. In 1873, a nursing school was opened at Bellevue Hospital. Nurses trained to improve environmental conditions and provide the necessary health care graduated in 1879. The nursing schools to be opened in the following years continued their education for the same purpose. These schools, which were opened in line with Florence Nightingale’s views, were very successful, and the fact that nursing education in the USA is quite good is among the indicators of this (21,23).

As for nursing education in Germany, the first steps were taken in the name of modern nursing with the opening of Dekones nursing school in 1836 by Theodore Flidner (also the first nursing school in the world). Nurses were given trainings including patient care and social arrangements (6). The International Council of Nurses (ICN) was established in Europe in 1899. ICN is the world’s largest and most important international organization of health disciplines. Currently, this organization, of which more than 130 national nursing associations are members, works to provide quality nursing care to all, to develop global health policies, to advance, promote and elevate the nursing profession and to bring respectability to it. ICN continues to contribute to the development of the nursing profession from past to present (1,3). In the 1900-1940s, it is seen that many European States made efforts

to strengthen nursing education. In 1905, undergraduate nursing education was given for the first time at the University of Minnesota in the USA. In 1923, a group called the Nursing Education Study Committee conducted studies on the education of nurse teachers, administrators and community health nurses and then published a report called the “Goldmark Report”. Based on the recommendations of the Goldmark Report, many nursing schools were opened at the university level. In 1923, the first doctoral education in nursing was initiated by Columbia University Teachers College and an important degree was given in education to prepare nurse educators for the profession (3,7).

4. History and Development of Nursing in Turkey

Nursing gained its identity as a profession in 1854 with the care provided by Florence Nightingale to British and Turkish soldiers in Selimiye Barracks (Istanbul) during the Crimean War. As a result, the foundations of nursing as a professional profession were laid in Turkey. For this reason, the north-west tower of Selimiye Barracks was turned into the Florence Nightingale Museum with the efforts of the 1st Army Command and the Turkish Nurses Association (24). In Turkey, before Nightingale, women took an active role in the field of health during the Anatolian Seljuk State. Many health institutions were opened in this time interval. However, this was not the case for the Ottoman Empire. In the Ottoman period, women were mostly involved in the field of midwifery in the field of health, as they were seen as assets that needed to be protected in a religious sense. Soldiers were assigned to perform procedures such as wound care and dressing during wars. It is possible to say that there was an army-based care in this period (5). In our country, the nursing profession has come a long way from the beginning to the present day with the effect of time and technological developments. Important steps have been taken towards scientificization and professionalization and it continues to progress. Formal education was started in Turkey in 1911. Nurses who received certificates at the end of six months of training with the voluntary patient care course provided care to wounded soldiers in the war. The first nurses trained in these courses were Münire İsmail, Kerime Salahor and Safiye Hüseyin Elbi. For the first time in 1912, during the Balkan War, trained Turkish women continued to care and treat wounded soldiers. While women from cultured families initially showed interest in the nursing profession, in time, girls with low socio-economic status began to practice. This situation is parallel to the emergence and development of the nursing profession in Europe. In 1920, a Special Nursing School was opened under the Amirol Bristol Hospital. This school

was mostly attended by the children of minorities living in Istanbul. The school's education was extended from 2 years and 6 months to 3 years. In 1957, the school's education was extended to 4 years and it was affiliated to the Ministry of National Education. This school gained the status of a vocational high school (1,5,24,25).

In 1925, the Red Crescent Nurse School was opened in Istanbul with the efforts of Prof. Dr. Besim Ömer, Prof. Dr. Ziya Nuri, Prof. Dr. Haydar and Ethem Pertev. This school is important as it is the first nursing school opened in the Republic of Turkey. At first, healthy, moral and primary school graduates were accepted to the school, but later secondary school graduates were accepted. In addition, the duration of education was increased from 2.5 years to 3 years in 1936. The nurses who graduated from the Red Crescent School of Nursing took important initiatives for Turkish nursing and assumed important roles in the establishment of nursing colleges (26).

The nursing schools opened after the Red Crescent Nurse School were the Military Nurse School in 1939, Tevfik Sağlam Nursing High School in 1943, Nurse-Laborant Schools in Haydarpaşa Numune and Şişli Children's Hospitals in 1946, Erzurum, Sivas, Diyarbakır and İzmir Nurse-Laborant Schools in 1952, Trabzon in 1954, Konya in 1955, Ankara Cebeci in 1956 and Maternity Home Nurse-Midwife-Laborant Schools in 1959, affiliated to the Ministry of Health and Social Assistance. Students who had completed secondary school were admitted to these schools and the education period was set as 3 years. In 1959, the nursing education period was increased to 4 years and after 1961, it was named as health college. In the following years, health colleges were opened in various provinces under the Ministry of Health and Social Assistance. Health colleges were renamed as Health Vocational High Schools in 1976 (27,28).

When the history of nursing education is examined, it is seen that nursing education started after primary education, then moved to secondary school level, and increased to associate degree and undergraduate level over the years. Between 1932 and 1958, nursing education in health colleges continued for three years after secondary school, and after 1958, the education period was increased to four years. While programs based on secondary school continued, nursing education at the university level started for the first time with the opening of Ege University School of Nursing in 1955. This was also the first nursing school opened at the university level in Europe. Later, a university level nursing school was opened in England in 1965 (1,8).

The continuation of developments in the field of education led to the necessity of a law. In 1954, the Nursing Law was adopted in Turkey. This

law defined the conditions, functions and duties of being a nurse. On April 25, 2007, the new nursing law was discussed in the Turkish Grand National Assembly and the old one was repealed. With the new Nursing Law, it is now a requirement to be a graduate of a faculty or college in order to obtain the title of nurse. In addition, with this law, men also gained the right to practice nursing (29). In addition to educational advances, some changes also occurred within the ministry. In 1957, the Nursing Council was established within the Ministry of Health and Social Assistance to discuss the nursing profession (30).

In 1961, Hacettepe School of Nursing and Florence Nightingale School of Nursing were established at the undergraduate level. In the following years, Atatürk and Cumhuriyet University Schools of Nursing were established in 1982. In 1985, the School of Nursing affiliated to Gülhane Military Medical Academy started its education life. Graduates received both nurse and military titles. In the 1998-1999 academic year, the recruitment of nurses was stopped with the order of the General Staff and civilian nurses were started to be trained at the undergraduate level at the School of Nursing of Gülhane Military Medical Academy. Marmara, Dokuz Eylül and Gazi University Schools of Nursing were opened in 1993, 1994, 1994 and 1995, respectively. Increasing numbers of nursing schools continued to be opened in private and foundation universities. After a long and challenging endeavor, a different turning point was experienced in nursing education. Florence Nightingale School of Nursing was closed in its 50th year and became Turkey's first nursing faculty with the decision published in the official newspaper dated April 28, 2011 (6,16,27). In 1968, the Institute of Health Education was opened and named Gevher Nesibe. In the same year, master's degree education in nursing and doctorate education in 1972 were initiated. As of this date, the titles of science specialist and doctor have started to be given in the profession. The first associate professorship title in the field of nursing was given in 1978 (31).

5. Nursing roles and their sociological evaluation

From a traditional perspective, nursing is perceived as a profession that assists the physician by implementing the treatment plan planned by the physician. Changes in nursing education and practices, technological developments, changes in human and patient rights have changed this idea. Today, nursing is a professional profession that works with all health team members for the patient, has its own specific duties in the team and needs to be trained in its field. The basis of the duties and functions of the nursing

profession is to help healthy and sick individuals. Help is the whole of the practices performed to improve, maintain and regain health (32,33).

A role is all the attitudes expected from us by others or the society we live in (1). Looking at nursing roles from a historical perspective, it is seen that the aim and duty of helping the individual/patient has continued from the past to the present. Until recently, the only role of the nurse was perceived as patient care. However, patient care is only a part of the care functions within the scope of the nurse's practitioner role. In the past, within the framework of their traditional role, nurses provided care for the sick individual's disease by needing the help and guidance of the physician for their knowledge and behaviors. However, nursing roles have also been affected by scientific and social movements. While nursing roles were roles aimed at curing the patient in the past, today they tend towards social roles such as counseling, education and guidance that will protect from disease and improve health (1,34).

6. Contemporary Nursing Roles

6.1. Care Giving Role

In the nursing profession, care is a concept that refers to supporting or meeting the actions that the individual meets his/her independent functions when healthy but cannot perform alone in case of illness (35). Since caregiving, which dates back to ancient times, is the oldest and most independent of nursing roles, it is important in terms of being the role in which independence is realized the most in nursing roles. The "caregiver role" of nurses is among the contemporary roles and this role is known as the role in which the nurse realizes her autonomy in the strongest way (10). While nursing care was defined with concepts such as caring for wounds, preparing and administering medicines, showing interest, love and compassion in ancient times, the concept of care has started to change today. The nurse determines health care needs with a holistic approach to improve health and participates in the healing process. In the caregiver role, the nurse applies specific treatment to the disease process and takes measures to restore the patient's social-emotional well-being. In fact, in modern nursing roles, care and treatment are separated from each other and scientific advances have been made in care (36,37).

6.2. Educational Role

During nursing care, knowledge deficiencies regarding the health and needs of the patient should be identified and eliminated. The basic educational role

of nursing is to protect and improve the health of the individual and society and to gain the right health behaviors to improve in case of illness. The nurse provides information to the patient and the patient's relatives about changes in health, treatment and lifestyle. An educational nurse determines whether the patient understands the information given and ensures that he/she learns as much as possible. She then assesses the patient's progress in relation to health care goals. The nurse uses educational methods to fulfill this role. She is also responsible for the education of nursing students and other nurses (38).

6.3. Researcher Role

Within the scope of this role, nurses conducting research to increase their level of scientific knowledge in the field will contribute positively to the advancement of the nursing profession. With the researcher role of nursing, care practices will be provided more effectively and efficiently. In addition, nurses can contribute by using the researcher role in conducting a research in the field of health in accordance with the target and preventing errors (39).

6.4. Administrator Role

This role primarily involves managing patient care. It also includes ensuring coordination among other health personnel working in care, planning in-service trainings, strengthening communication and ensuring that clinical work is maintained in an orderly manner. All nurses need good management skills. In addition, they participate in the formulation of nursing policies in health-related institutions and health education institutions in the community (33).

6.5. Decision Making Role

It is the most important role that ensures the professional independence of the profession. Nurses use critical thinking and decision-making skills by combining them with the patient care process. Before nursing care is provided, the nurse plans the best method of providing care for each patient (35).

6.6. Coordination and Advocacy Role

The nurse fulfills the role of a coordinator who ensures proper communication and cooperation between the healthy/patient individual and his/her family and the health care team. It also advocates for patient rights. Activities such as informing the patient about the processes related to diagnosis and treatment, eliminating unnecessary procedures from the

medical process, working for the benefit of the patient, and being more sensitive and attentive to patient rights are among the advocacy roles of the nurse (40).

6.7. Guidance and Counseling Role

It guides the individual and society by making health-promoting changes in health-related issues. Contemporary roles include providing and maintaining a good position as an economist, psychologist and decision maker within the team (40).

6.8. Communication and Coordination Role

Due to their job description, nurses are in constant communication with patients and their relatives, colleagues, other team members and other groups in the society. Therefore, it is critical to use communication skills to understand patients and their relatives and to meet the needs of the patient in the care and treatment process. It ensures that the patient receives the best care by coordinating with other healthcare teams. In particular, the decision-making process is a decision-making approach in which the nurse actively listens to and contacts patients and their families throughout the process to identify opportunities to implement the process and evaluate how it meets the needs of patients (41).

REFERENCES

1. Akça Ay F.(2018). Basic Concepts and Skills in Health Practices. Istanbul: Nobel Medical Bookstores.16-17.
2. Eşer İ., Orkun N., Çetin P. (2017). Nursing image and a classified advertisement in the 1950s. *Dokuz Eylül University Electronic Journal*,10 (4): 275-278.
3. Karabulut N., Gürçayır D., Yaman AY.(2019). History of nursing research. *Acıbadem Journal Of Health Sciences*,10(2):121-128.
4. Gallagher, A. (2020). Learning from Florence Nightingale: a slow ethics approach to nursing during the pandemic. *Nursing Inquiry*, 27(3).
5. Umut B. , İbrahim Halil K, Ümit Ç. (2015). A review on the development process of the Turkish health system from the 13th century to the 21st century. *Journal of Health Academicians*, 2(4) , 183-189.
6. Dereli F, Bayık TA.(2021). The beginning of nursing education in the world: the first nursing schools. *Izmir Kâtip Çelebi University Journal of Faculty of Health Sciences*, 6(1):15-22.
7. Rebar CR, Gersch CJ, Macnee CL, McCabe S. (2011). Understanding Nursing Research Using Research Evidence-Based Practice. 3rd edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, 1-2.
8. İbrahimoğlu Ö., Mersin S., Saray KH. (2019). Nursing education curriculum and learning outcomes. *Journal of Higher Education and Science*, 9(1):12-16.
9. Karadağ, A., Çalışkan, N., & Göçmen Baykara, Z. (2017). Nursing Theories And Models. Istanbul: Akademi Press And Publishing.
10. Yılmaz DU, Dilemek H, Yılmaz D, Korhan EA, Çelik E, Rastgele H. (2017). Nurses' attitudes towards caregiver roles and related factors. *International Journal of Refereed Nursing Research*, 10: 83-100.
11. The International Council of Nurses (ICN). Definition of Nursing;1972. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> Access Date: 01.09.2023
12. American Nurses Association (ANA). Definition of Nursing;1965. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/> Access Date: 01.09.2023.
13. Turkish Nurses Association. Definition of Nursing ;1981 Access Date: 01.09.2023<https://www.thder.org.tr/hemsirelik-yonetmeligi>
14. Alkan T.(2019). Nurses' Nursing History Information and Professional Attitudes, (Master's Thesis). Bozok University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Yozgat.

15. Bradshaw M, Lowenstein JA, Publishers B.(2016). Innovative Teaching Strategies in Nursing and Related Health Professions, Jones & Bartlett Learning. 485-486 p
16. Şentürk, S.E. (2014). History of Nursing. (2nd Edition). Istanbul: Nobel Medical Bookstore.
17. Gören ŞY, Yalın NY.(2016). A pioneer in the history of nursing “Safiye Hüseyin Elbi”. *Lokman Hekim Journal*, 6(2): 38-45.
18. Bayık Temel A, Öztürk Dönmez R.(2020). Florence Nightingale’s Emotional Intelligence. (Edt. Çağatay Üstün) The importance of Florence Nightingale in Terms of Medical and Nursing History. Ege University Faculty of Medicine Books of the Month Series; 53-84.
19. Koizer B, Erb G, Berman A, Snyder S.(2008). Nursing education Research and Evidence-Based Practice. Fundamentals Of Nursing, 8th. ed., Pearson education ltd, New Jersey; . 26-30p.
20. Çavdar İ, Özbaş A. (2016). Nursing Practices in the Empire. Thoughts about Florence Nightingale, Akyolcu N., Anç Ö., Editor, Nobel 5 Medical Bookstores; 5-75.
21. Klainberg M. (2013). Chapter 2: An Historical Overview of Nursing; 21-40p.
22. Egenes KJ. (2017). History of nursing. Issues and Trends in Nursing: Essential Knowledge for Today and Tomorrow; 1-26p.
23. A Timeline of Nursing Education September 6, 2016. Available from: <https://www.americansentinel.edu/blog/2016/09/06/a-timeline-of-nursing-education/>
24. Taşkiran G., Bayık Temel A. (2017). A passionate statistician: Florence Nightingale. *Dokuz Eylül University Faculty of Nursing Electronic Journal*, 10(2), 113-120.
25. Seyhun G. (2020). The activities of the Red Crescent for Military Health Services during the Second World War in Turkey. *Journal of Lokman Hekim*, 10 (2): 209-221
26. Seyhun G. (2018). Voluntary nursing courses in Turkey during World War II. *Istanbul University Journal of Women’s Studies*, 1,7-30.
27. Leblebicioğlu H. (2017). From the 18th Century To The Present Day, The Historical Development of Military Nursing in Turkey and America. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 6(4): 268-274.
28. Atabek Aştı T. Karadağ A.(2017). Nursing principles nursing science and art. Istanbul: Akademi Press and Publishing 17-23.
29. Turkish Nurses Association. Nursing Regulation. Access Date: 23.01.2021 <https://www.thder.org.tr/hemsirelik-yonetmeligi>

30. Yıldırım A. (2017). Legislation in nursing. Istanbul: Open and distance education lecture notes.40-47.
31. Ardahan M., Özsoy S. (2015). Trends in Nursing Research in Turkey: A study on master's and doctoral theses. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*,4(4):516-534.
32. Parandeh A, Khaghanizade M, Mohammadi E, Nouri JM.(2015). Factor influencing development of professional values among nursing students and instructors:a systematic Review. *Global Journal of Health Science*, 7(2):284-293.
33. Gedük, E. A. (2018). Developing roles of the nursing profession. *Journal of Health Sciences and Professions*, 5(2), 253-258.
34. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S.(2012). Nursing Roles and Autonomy. Nursing Research
35. Öztunç G.(2017). Nursing Principles Nursing Science and art. In the Nature of Nursing. Editors: Aştı TA, Karadağ A. Akademi Basın ve Yayıncılık. Istanbul, Turkey, pp: 26-35.
36. Çiftçiöğlü Ş.(2017). The Historical Process of the Concept of Care in Nursing. IV. Proceedings of the Congress of Current Approaches and Problems in Nursing. 2(1):21.
37. Kıvanç MM. (2017). Nursing Principles Nursing Science and art. In the Concept of Care in Nursing Practice. Editors: Aştı TA, Karadağ A. Akademi Basın ve Yayıncılık. Istanbul, Turkey, pp:218-226.
38. Baykal Tatar Ü, Türkmen Ercan E. (2014). Nursing Services Management. 1st Edition. Istanbul: Akademi Press; p. 439.
39. Hacıoğlu N.(2016). Public Health Nursing. In Public Health Nursing. Editor: Erci B. Nobel Medical Bookstores. Expanded 2nd Edition, Elâzığ, Turkey, p:17-27.
40. Olgun N. (2018). Symposium on multidisciplinary team approach in health. The role of the Nurse in the Multidisciplinary Team, p.17-18.
41. Saraçhane P, Kryworuchko J, Nouvel E, Downar J, You J.(2018). Canadian hospital nurses' roles in communication and decision-making about goals of care: An interpretive description of critical incidents. *Applied Nursing Research*, 40: 26-33.

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi: Klinik Düzeyde Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetilmesi

Ayşegül Yılmaz¹

Özet

Hemşirelerin sağlık bakım sektörü içinde çok önemli kritik görevleri üstlenmeleri ve sayıca en fazla meslek grubunu oluşturmaları nedeniyle çok iyi yönetilmesi gerekmektedir. Günümüzde sağlık bakım hizmetleri ve hemşirelik alanında yaşanan birçok problem hemşirelik hizmetlerinin iyi yönetilemediğinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle doğrudan hasta bakım hizmetlerinin yönetiminden sorumlu olan klinik sorumlu hemşirelerinin rol ve sorumluluklarının ayrıntılı olarak ortaya koyulması oldukça önemlidir. Klinik sorumlu hemşirelerinin hemşire ve hasta memnuniyetinin sağlanmasında, bakım hizmetlerinin kalitesinin arttırılmasında, maliyet etkili ve güvenli bakımın sunulmasında çok önemli rol ve sorumlulukları vardır. Klinik sorumlu hemşirelerinin sağlık bakım hizmetlerini klinik düzeyde yönetilebilmeleri için, yasalar ile belirlenmiş olan rol ve sorumluluklarını çok iyi bilmeleri ve yönetim alanında yetkin olmaları gerekmektedir. Günümüz hemşireliğinde, hemşirelik otonomisi ve profesyonelliğinin sağlanması, aynı zamanda hemşirelerin teknik yeterliliğinin oluşturulması için gerekli liderlik uygulamalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

GİRİŞ

Küresel bilgi çağı, içinde yaşadığımız toplumu çok büyük oranda etkilemekte ancak sağlık yönetimi alanındaki zorluklar hala devam etmektedir. Sağlık bakım organizasyonları; sağlık sektöründeki yaşanan hızlı rekabet, az kaynaklarla daha çok çıktı elde edilmesi, teknolojiye hızlı değişim, bilginin çoğalması, hemşire kıtlığı, nesiller arasındaki kültürel farklılık ve çeşitlilik, sağlık alanındaki tüketicilerin isteklerinin artması ve değişmesi gibi zorluklarla mücadele etmektedir. Bu zorluklarla başa çıkabilmek için insan ve diğer kaynakların etkili bir şekilde kullanılması ve yönetilmesi gerekmektedir.

1 Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya / Türkiye, yaysegul78@gmail.com, Orcid No: 0000-0002-3102-4238

Bu bağlamda sağlık bakım sektörü içinde sayıca en fazla meslek grubu olmaları ve çok önemli kritik bir görevi üstlenmeleri nedeniyle hemşirelik hizmetlerinin çok iyi yönetilmesi gerekmektedir. Sağlık bakım hizmetlerinin kaliteli, güvenli ve maliyet etkin bir şekilde sunulmasında önemli görevleri olan klinik sorumlu hemşirelerinin yönetim bilimini, hemşirelik yönetimini, rol ve sorumluluklarını çok iyi bilmesi gerekmektedir. Bu nedenle bu bölümde yönetim, hemşirelik hizmetleri yönetimi, klinik hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarına değinilmiştir.

Yönetim Kavramının Tanımı

Neredeyse insanlık tarihi kadar eski olan yönetim biliminin günümüze kadar birçok tanımı yapılmıştır. Yönetim, sadece sağlık kurumlarının değil aynı zamanda farklı alanlarda hizmet ve mal üreten bütün kurumlarında ilgilendiği önemli bir bilim dalı olmuştur. Bu nedenle yönetimin günümüze kadar farklı bilim dalları tarafından değişik bilim dallarının bakış açılarıyla farklı şekillerde tanımları yapılmıştır.

Yönetim, önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için insan çabasını ve kıt kaynakları planlayan, yönlendiren bir sanat ve bilim olarak görülmüştür. Yönetim; *“planlama, örgütleme,*

yürütme, eşgüdüm sağlama ve denetleme işlerini yürüterek ve var olan kaynakları bir araya getirerek, örgütün belli amaç ve hedeflere ulaşması süreci ya da yönetsel becerilerin uygulamaya geçirilmesi ve kaynakların kullanılması yoluyla örgütsel amaçlara ulaşılması süreci” olarak tanımlanmıştır (Huber, 2018). Hersey ve arkadaşları yönetimi, bir süreç olarak ele almışlar ve örgütsel amaçları gerçekleştirmek için bireyler, gruplar ve diğer kaynaklarla birlikte çalışma süreci olarak tanımlamışlardır (Hersey vd., 2008). Huber yönetimin kuruluşlar için geçerli olduğunu ve liderliğin, grup hedeflerine etki eden eylemler, yönetimin ise örgütsel hedeflere odaklanmak olduğunu vurgulamıştır. Huber’e göre liderlik ve çevrenin manipülasyonu yoluyla örgütsel hedeflerin başarılması yönetimdir. Yönetimde sistem yaklaşımına göre, insan kaynakları, fiziki ve teknik kaynaklar girdiler, örgütsel hedefler ise çıktıları temsil etmektedir (Huber, 2018). Dolayısıyla yönetim, belirli bir amaca ve ilgili rollere sahip ayrı bir işlemdir.

Yöneticiler, organizasyonel hedeflere ulaşmak için, konunun analiz edilmesi, hedefler ve amaçlar oluşturulması, iş planlarının haritalandırılması, varlıkların ve malzemelerin düzenlenmesi, çalışanları geliştirme ve motive etme, iletişim kurma, teknoloji yönetimi, değişim ve çatışmayı ele alma, ölçme, analiz etme ve değerlendirme gibi faaliyetlerde bulunurlar (Tomey, 2009). Etkili yöneticiler, bir organizasyonu hedeflerine ulaştırma yolunda

strateji, yürütme, disiplin, ilham ve liderliği birlikte kullanmaktadırlar (Huber, 2018). Her bir kurum için oldukça önemli işlevleri olan yöneticiler, önemli bir insan kaynağı olarak çalıştıkları sağlık kuruluşunda tüm çabalarını hasta gereksinimlerinin karşılanması için ortaya koymaktadırlar. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında yönetici pozisyonunda çalışan hemşireler kaliteli, güvenli ve maliyet etkin hemşirelik bakımı sunmak için hemşirelik bilimi ve yönetimi ile ilgili bilgi ve becerilere sahip olmaları gerekmektedir (Sullivan vd., 2009).

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

Küreselleşme ve teknolojideki hızlı değişim ve gelişmeler, sağlık sektörünü de etkilemekte bunun sonucu olarak, ülkemizde sağlık politikalarında hızlı değişimler yaşanmaktadır. Sağlık politikalarındaki bu hızlı değişim nedeniyle de her geçen gün sağlık sisteminde yeni bir düzenleme ile karşı karşıya kalınmaktadır. Sağlık hizmetleri yöneticileri bir taraftan sağlık sistemindeki hızlı değişimlere ayak uydurmak zorunda kalırken, bir taraftan da, teknolojideki hızlı değişimler, sürekli bilgi artışı ve bilgiye kolay ulaşılabilir olması, verimlilik ve maliyet etkinliği, rekabet, küresel düzeyde nitelikli sağlık insan gücünün yetersiz olması, sağlık çalışanlarının göçü, kuşaklar arası değer ve kültürel farklılıklar, sağlık hizmeti alanların beklentilerinin artması ve değişmesi gibi birçok konuyla uğraşmak durumunda kalmaktadırlar (Huber, 2018). Bütün bunların neticesinde, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin daha iyi yetişmiş ve donatılmış olmaları, sağlık hizmetlerinin nitelikli ve hizmeti alanların beklentilerini karşılar şekilde sunulması, hemşirelerin sadece kendi kariyerleri açısından değil aynı zamanda hemşirelik mesleği, mesleğin geleceği ve en önemlisi de topluma nitelikli daha kaliteli sağlık bakım hizmeti sunulmasında son derece önemlidir (American Nurses Association, 2010). “*Hemşirelik hizmetleri yönetimi, yönetimin tüm öjelerininin, hastaların hemşirelik bakımına, hastanenin amaç ve politikalarının gerçekleşmesine yönelik düzenlenmesi*” olarak tanımlanmıştır (Tomey, 2009). Hemşirelik yönetimi, “*hemşirelikte bakım hizmetlerinin sunumunda önceden belirlenen amaç ve hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için yönetim sürecini uygulayarak hemşirelik hizmetleri kaynaklarının düzenlenmesi*” olarak tanımlanmaktadır (Huber, 2018). Hemşirelik hizmetlerinin asıl amacı, hizmet sunduğu topluma daha kaliteli, güvenli ve daha ucuz hemşirelik hizmeti sunmaktır. Bu konu yönetici hemşirelerin yerine getirmesi gereken en önemli sorumluluklarından birisidir. Yönetici hemşirelerin diğer bir önemli sorumluluğu ise, hemşirelik bakımı veren personele olumlu çalışma ortamı yaratarak yaptığı işten yüksek düzeyde doyum sağlamasını ve kaynakların hasta yararına etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamaktır (Duffield vd., 2011).

Hemşirelik hizmetleri sağlık hizmetlerini sunan kurumların en büyük ve en önemli insan kaynaklarından birisidir. Hemşireler sağlık hizmetleri içinde sayıca en fazla ve hasta bakımındaki rolleri ile de en önemli rollere sahip ekip üyeleridir (Kelly, 2010). Bu nedenle hemşirelik hizmetlerinin en etkin şekilde planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi ve denetlenmesi için hemşirelik hizmetleri yönetiminin profesyonel bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Bu önemli ve kritik görevin etkin bir şekilde yerine getirilebilmesi için hemşire yöneticilerin liderlik ve yönetim becerilerini öğrenmesi ve geliştirmesi gerekmektedir (Sullivan vd., 2009).

Velioğlu ve Oktay (1995), hastane hizmetleri içinde en fazla aksayan hizmetin hemşirelik hizmetleri olduğunu ve bu sorunun hemşirelik hizmetlerinin alanında eğitilmiş ve deneyimli hemşireler tarafından yönetilmemesinden kaynaklandığını vurgulamışlardır. Günümüzde hemşirelik bakım hizmeti veren tüm hemşirelerin formal ya da formal olmayan bir yapıda yönetici olduklarına değinilmekte (Huber, 2018) ve yönetici hemşireler sağlık sistemi içinde hemşirelik hizmetlerinin yönetimiyle birlikte hemşirelikle alakası olmayan başka işlerden de sorumlu tutulmaktadır (Baykal, 2015). Bu durum sağlık sistemi içinde oldukça geniş bir yelpazede hizmet sunan hemşirelik hizmetlerinin iyi yönetilememesine neden olmaktadır. Yukarıda sayılan problemlerin ortadan kaldırılması ve hemşirelik hizmetleri yönetiminde kalitenin artırılması için hemşirelik yönetimi ile ilgili standartların oluşturulması ve standartlar çerçevesinde hemşirelik hizmetlerinin yönetilmesi gerekmektedir.

İlk olarak 1995 yılında Velioğlu ve Oktay tarafından hemşirelik hizmetleri yönetiminde temel alınması gereken standartları belirlemişlerdir (Velioğlu ve Oktay, 1995). Daha sonra 2019 yılında Öztürk Yıldırım tarafından günümüz şartlarına uygun olarak yeni hemşirelik hizmetleri yönetim standartları geliştirilmiştir (Öztürk Yıldırım, 2019).

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Standartları

“Yönetim Organizasyon

- *Hemşirelik hizmetleri üst düzey yöneticisi, hastane organizasyon yapısında tepe yönetimine doğrudan bağlı olmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetlerinin organizasyon yapısında yer alan pozisyonların iş tanımları, yasal düzenlemelerle uyumlu olacak şekilde yazılı hale getirilmelidir*
- *Yönetim pozisyonlarında yapılacak görevlendirmelerde atama kriterlerine uyulmalıdır*

- *Yönetici hemşireler, etkin yönetim için gerekli yetkinliklere (bilgi, beceri, tutum) sahip olmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri bölümünün yazılı, yasal olarak geçerli ve güncellenmiş politika ve prosedürleri (İKY, güvenlik, yasal düzenlemeler, vb.) bulunmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri bölümünün, sağlık kurumunun amaç ve hedefleriyle uyumlu, yazılı bir stratejik planı olmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri bölümü, elde ettiği veriler doğrultusunda stratejik planla uyumlu yenilikçi ve kanıta dayalı eylem/uygulama planları geliştirmelidir*
- *Hemşirelik hizmetleri yönetimi, kanıta dayalı uygulama ve araştırmayı destekleyen akademik ve mali destek sistemleri oluşturmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri bölümü, tüm çalışanları arasında yatay ve dikey hatlarda karşılıklı bilgi ve veri akışına dayanan işbirliği oluşturmalıdır*
- *Yönetici hemşireler yetki devri yapmalıdır*
- *Hemşirelik hizmeti verilen birimlere özgü bir denetim sistemi oluşturulmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri üst düzey yöneticisi, sağlık kurumunun üst düzey mali komitesinin bir üyesi olarak bütçe çalışmalarında etkin rol almalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri bölümünün kendine ait bir bütçesi olmalı, bütçe planlaması hemşirelik hizmetleri yöneticisi tarafından yapılmalı ve düzenli olarak izlenmelidir*
- *Hemşirelik hizmetleri üst düzey yöneticisi, kaliteli ve güvenli hemşirelik bakımı için gerekli tesis, stok, ekipman ve sarf malzemelerin sağlanması ve kullanımına ilişkin planlanmalara katılmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri yönetimi, israfi önlemeye yönelik stratejiler geliştirmelidir*

Liderlik

- *Hemşirelik hizmetleri üst düzey yöneticisi, kurumun tepe yönetiminin bir üyesi olarak kararlara katılmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, hemşirelerle ilgili verilmesi gereken kararlarda en yetkili otorite olmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri, kurum içinde yer alan tüm komite ve komisyonlarda temsil edilmelidir*

- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, çağdaş yönetim/liderlik yaklaşımlarını benimsemelidir*
- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, kurumsal etkinlikleri ilgili paydaşlarla işbirliği içinde gerçekleştirmelidir*
- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, değişim sürecini etkili şekilde yönetmelidir*
- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, hemşireleri güçlendiren ve otonomilerini destekleyen bir örgüt kültürü oluşturmaktadır*
- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, tüm hemşirelerin, meslek örgütlerine üye olmaları ve aktif faaliyetlerde bulunmalarını desteklemelidir*
- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, sağlık ve hemşirelikle ilgili yasal ve kurumsal düzenlemelerin oluşturulması sürecinde rol almalıdır*

İnsan Kaynakları Yönetimi

- *İnsan kaynakları yönetiminin tüm süreçlerine ilişkin, yasal düzenlemelerle uyumlu, yazılı personel politikaları geliştirilmiş olmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri personelini elde tutmak ve yeni hemşireleri kuruma çekmek için çalışmalar yapılmalıdır.*
- *Bakım hizmetinin etkin, verimli ve güvenli sunumu için gereksinim duyulan sayı ve nitelikte hemşire insan gücünün belirlenmesinde, bilimsel temelli bir planlama yapılmalıdır*
- *Hemşire insan gücünün etkili kullanımı için gelişmiş ve kuruma-birime uygun hemşirelik hizmet sunum yöntemleri kullanılmalıdır*
- *Tüm hemşirelik eğitim faaliyetleri, hemşirelik hizmetleri yönetimi bünyesinde, eğitim hemşiresi/eğitim koordinatörü tarafından gerçekleştirilmelidir*

Profesyonellik

- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, hemşirelerin çalıştıkları alanlarda, yasalarla uyumlu şekilde otonomi/özerklik kazanmalarını sağlamalıdır*
- *Hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinde, Türk Hemşireler Derneği'nin "Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar" kılavuzu (2009) temel alınmalıdır.*
- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, hemşireleri, girişken ve yenilikçi tutum ve davranış sergilemeleri konusunda desteklemelidir*
- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, güvenli, ulaşılabilir, eşitlikçi ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumuna olanak sağlayan etik bir çalışma ortamı oluşturmali ve sürdürmelidir*

- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri kurumda ve toplumda hemşireliğin algısını/imağını olumlu yönde etkileyen çalışmalar yapmalıdır*
- *Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, hemşireler arasında meslektaş dayanışmasını geliştirici ortam sağlamalıdır” şeklindedir (Öztiirk Yıldırım, 2019).*

Hastanelerde hemşirelik hizmetleri yönetimi; Üst düzey yöneticiler, orta düzey yöneticiler ve alt düzey yöneticiler ile yürütülmektedir (Swansburg ve Swansburg, 1999).

Üst düzey yönetici hemşireler

Üst düzey hemşire yöneticileri, hastanenin amaçlarının gerçekleştirilmesinde gerekli olan hemşirelik hizmetlerinin en üst düzeyde sağlanmasından sorumludurlar. Hemşirelik hizmetlerinden sorumlu en yetkili kişidir. Üst düzey yöneticiler hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, koordinasyonu ve değerlendirilmesinde önemli görev yetki ve sorumlulukları vardır. (Tomey, 2009; Leach ve Gyurko, 2012). Üst düzey yöneticiler kurumlara göre başhemşire, hemşirelik hizmetleri müdürü, hemşirelik direktörü, bakım hizmetleri müdürü, başhemşire yardımcısı, hemşirelik hizmetleri müdür yardımcısı, hemşirelik direktör yardımcısı, bakım hizmetleri müdür yardımcısı gibi değişik isimler alabilmektedir.

Orta düzey yönetici hemşireler

Orta düzey hemşire yöneticileri, doğrudan hasta bakımını yöneten alt düzey hemşire yöneticiler ile üst düzey yöneticiler arasında bağlantıyı sağlayan kişilerdir. Orta düzey yöneticiler, hemşirelik hizmetleri yönetiminin yürütülmesi, örgütlenmesi, koordinasyonundan sorumludurlar. Diğer birimler ile işbirliği yaparak insan ve kaynakların örgütlenmesinde, hasta bakım politikalarının oluşturulmasında önemli rol ve sorumlulukları vardır. Orta düzey yöneticiler doğrudan hasta bakımını yöneten alt düzey hemşire yöneticilere destek sağlarlar. Kurum politika ve amaçlarıyla doğrudan, hasta bakımı ile dolaylı olarak ilgilenmektedirler (Tomey, 2009). Bölüm başhemşireleri ve gözetmen (supervisor) hemşireler orta düzeyde yönetici hemşire konumundadırlar.

Alt düzey yönetici hemşireler

Alt düzey hemşire yöneticiler, gerekli olan hemşirelik bakımının yönetilmesinden yani ve sorumludur. Alt düzey hemşire yöneticiler üst ve orta düzey hemşire yöneticilerin planlamalarını yürütme ve uygulamada önemli rol ve sorumluluklara sahiptirler. Alt düzey hemşireler çalışan hemşireler ile diğer yönetim düzeyleri arasında bağlantıyı sağlayan köprü görevini yürütürler. Servis sorumlu hemşireleri alt düzey hemşire yöneticileridir (Huber, 2018).

Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminin Temel İlkeleri

Hemşireler, hemşirelik bakımı işini yerine getirirken, hemşire yöneticileri de hemşirelerin çalışmalarını daha büyük bir sistemde koordine eder ve bütünleştirirler. Bu nedenle hemşire yöneticiler yönetim işlevini yerine getirirken planlama, örgütleme, yöneltme ve kontrol adımlarından oluşan yönetim sürecini kullanırlar. Hemşirelik yönetimi için büyüme ve gelişmeyi sağlama, örgütün amaçlarını gerçekleştirmede önemli unsurlardır. Hemşire yöneticileri hemşirelik hizmetleri ve hemşirelerin gelişiminden sorumludur. Hemşirelik hizmetleri yönetimi bu görevleri bağımlı ve bağımsız olarak yerine getirebilmelidir (Swansburg ve Swansburg, 1999 ; Huber, 2018). Hemşirelik hizmetleri yönetiminin temel ilkeleri aşağıda sıralanmıştır.

Planlama : Yönetimin diğer tüm fonksiyonlarına temel oluşturur ve hemşirelik yönetiminin en önemli ve birinci görevidir. Planlama, amaçların elde edilmesi için geleceği analiz etmek, gerekli faaliyetleri belirlemek ve hareket planının oluşturulması sürecidir (Hersey vd., 2008). Planlama, amaç ile ilgili olarak ne, ne zaman, nasıl, nerede, kim tarafından, neden, hangi maliyetle hangi sürede sorularına cevap vermeyi ifade eder. Bu süreçte hemşire yöneticiler ve diğer hemşireler genellikle karar verme işlevlerini kullanırlar. Planlamalar içinden en uygun olanı seçmek için hemşirelerin etkili karar verebilmesi gerekmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin kalitesini ortaya koyan motivasyonu yüksek çalışanlar için katılımcı yönetim anlayışının olmazsa olmazı karar verme, her düzeydeki yönetici hemşirenin gerçekleştirmesi gereken bir görevdir. Yine planlama sürecinde, yönetici hemşirelerin amaç ve hedeflerini belirlemesi ve çalışanları ile paylaşması gerekmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin sunulmasında gelişim ve değişimin planlanması, sürdürülmesi gerekmektedir (Huber, 2018).

Örgütlenme : Hemşirelik hizmetleri yönetiminin ikinci en önemli fonksiyonudur. Örgütlenme, belirlenen amaçları başarmada gerekli maddesel kaynaklar ve işgücünden oluşan ikili yapıyı etkili bir biçimde kurmaktır. Örgütlerin daha iyi hizmet sunabilmesi için ellerindeki insan kaynakları, materyal kullanımı, fiziksel etmenler ve işlevlerini uyum ve düzen içinde bir araya getirmeleri gerekmektedir. Örgüt şemasının hazırlanması, görev analizi, görev tanımlarının yapılması, ekip çalışmasının sağlanması örgütlemenin kapsamı içerisindedir. Hemşire yöneticiler bu aşamada, diğerlerini etkilemek için sahip oldukları güç kaynaklarını kullanırlar. Hemşirelik yönetimi devamlı değişen çevre koşulları karşısında kendini yenilemek zorundadır. Bu nedenle örgütlenme sürecinde hemşireler değişim yönetimini kullanmaları gerekmektedir (Huber, 2018).

Yönlendirme : Çalışanları motive etme, yetki devri, güçlendirme, geliştirme, kalitenin artırılması, hasta güvenliğinin sağlanması ve üretimin iyileştirilmesini sağlayan hemşirelik hizmetleri yönetiminin üçüncü büyük önemli görevidir. Yönlendirme daha çok hemşirelik ile ilgili belirlenmiş olan yasa ve yönetmeliklerle yerine getirilen bir görevdir. Plan ve hedeflerle uyum içinde faaliyetler ve çalışmaları bir araya getirmek, bütünleştirmektir. Yönlendirme süreci, planların uygulamaya geçirilmesi ile dinamik özellik taşır. Bu süreçte, güç kullanma, otorite, liderlik stilleri ile ilgili detaylı yönetim becerileri devreye girmektedir. Dolayısı ile yönlendirme, kritik yönetim sorumluluk ve becerileri gerektirir. Ayrıca iletişim becerileri, motivasyon teknikleri, rehberlik yapma, değişim yapma, delegasyon, problem çözme becerileri de yürütmenin kapsamı için önemlidir (Sullivan vd., 2009).

Değerlendirme ve Kontrol : Bu süreç bazı kaynaklarda denetim olarak ele alınmaktadır ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin dördüncü büyük fonksiyonudur. Değerlendirme ve kontrol şu anda yürütülen faaliyetlerden elde edilen sonuçların planlama sürecinde belirlenen amaçların daha önceden belirlenen kurallar ve istenilen talep ile uyumlu bir şekilde gelişip gelişmediğinin ölçülmesidir. Yönetim sürecinin kontrol yönü, başlangıçta olumsuz bir çağrışım gibi görünebilir. Bununla birlikte, yönetimle ilgili olarak kullanıldığında, sözcük kontrolü, başkalarına olumsuz olarak manipülatif veya cezalandırma anlamına gelmemektedir. Yönetimsel kontrol, doğru işlemlerin yerine getirilmesini sağlar. Bu süreçte standartların belirlenmesi, yapılan faaliyetlerin ölçülmesi, sonuçların karşılaştırılması ve değerlendirilmesini içerir. Bu süreçte, çalışan personele belirlenen amaç ve hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığı, ya da karşılaşılan zorluklar ve tehditlerle ilgili mutlaka geri bildirim verilmesi gerekmektedir. Etkili iletişim, ortak bir vizyona sahip olma, bütünlüğü ve uyumu sağlamada, yanlış anlaşılmanın azalması ya da önlenmesinde temel unsurlardır (Swansburg ve Swansburg, 1999 ; Huber, 2018). Konu ile ilgili olarak Özen Bekar ve Baykal tarafından 2020 yılında yapılan bir çalışmada hastanelerin organizasyon yapılarına göre değerlendirme ve kontrol sürecinde farklılıklar olduğu, incelenen hastanelerden üniversite ve devlet hastanesi değerlendirme ve kontrol sistemlerinin planlı olarak yürütülmediği, klasik denetim anlayışı ile sınırlı kaldığını ortaya koymuşlardır (Özen Bekar ve Baykal., 2020)

Servis Sorumlu Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları

Günümüz çağdaş yönetim anlayışıyla birlikte kurumun hedeflerine ulaşmasında alt düzey yönetici hemşirelerin üzerinde durulmakta ve alt düzey yöneticilerin örgüt oluşturmada yönetimin sahip olduğu en önemli ve güçlü insan kaynaklardan biri olduğu vurgulanmaktadır (Patrick, 2011). Çalışanları

doğrudan yöneten ve yönlendiren alt düzey yöneticiler, kurumun amaçlarına ulaşmasında, üst düzey ile çalışanlar arasında iletişimin sağlanmasında, örgüt geliştirme ve kalite çalışmalarının yürütülmesinde, sunulan hizmetlerden olumlu çıktılarının sağlanmasında önemli roller üstlenmektedirler (American Nurses Association, 2010). Aynı zamanda servis sorumlu hemşireleri kaliteli ve güvenli bakımda oldukça önemli olan servis hemşirelerinin isteklerinin, iş memnuniyetlerinin sağlanması, iş verimlerinin artırılması, kurumda kalma ve kuruma bağlılıklarının sağlanmasında önemli rol oynayan yöneticilerdir. Servis sorumlu hemşireleri klinik hemşirelerine ve hemşirelik öğrencilerine olumlu rol model olarak, toplum ve sağlık ekibi içinde olumlu bir hemşirelik imajı ve konumu yaratmada oldukça önemlidirler (Chase, 2010; Jivraj Shariff, 2015).

Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının oluşturulması ve sürdürülmesinde önemli bir role sahip olan servis sorumlu hemşireleri (Spencer ve McLaren, 2017), yönetimin servis düzeyindeki temsilcileridir. Ülkemizdeki yasal düzenlemelerde klinik sorumlusu hemşirelerinin “*görev, yetki ve sorumlulukları*” açık bir şekilde belirtilmiştir.² Bu düzenlemelerde servis sorumlu hemşireleri “*hasta bakımına rehberlik ve danışmanlık yapma, kliniğe insan, mali ve diğer kaynakların temin edilmesi ve yönetilmesi, birlikte çalıştığı hemşirelerin mesleki gelişimlerinin desteklenmesi gibi görevlerle sorumlu*” tutulmuştur.³ Ayrıca servis sorumlu hemşirelerinin stratejik çalışma planlarının oluşturulmasında ve bu planların uygulanmasında, diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerin geliştirilmesinde, klinikte yaşanan problemlerin çözümünde de önemli görev ve sorumlulukları vardır (Marquis ve Huston, 2012). Servis sorumlu hemşirelerinin olumlu iletişim becerileri, kritik düşünme, problemleri belirleme ve çözüme ulaştırma, etkili kararlar alabilme becerilerine de sahip olması gerekmektedir. Ülkemizde 27515 sayılı resmi gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde servis sorumlu hemşiresinin görev tanımları, yetki ve sorumlulukları ayrıntılı bir şekilde aşağıda belirtilmektedir.³ Bu yönetmeliğe göre;

“Servis Sorumlu Hemşiresi;

MADDE 10 ;

(1) Sorumlu hemşire yatan hasta üniteleri/klinikleri, yoğun bakım üniteleri, ayaktan tanı ve tedavi birimleri, acil, evde bakım gibi alanlarda hemşirelik hizmetlerinin yerine getirilmesinde başhemşireye karşı sorumlu olup, öncelikle

2 Hemşirelik Kanunu (2007) .<https://www.mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=1&MevzuatNo=6283&MevzuatTertip=3>. (E.T: 28.09.2022).

3 Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). T.C. Resmî Gazete, 27515, 8 Mart 2010. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>. (ET:20.11.2022).

ilgili alanda uzman hemşireler, yoksa üç yıl deneyimli ve hemşirelikte lisans mezunları arasından başhemşire tarafından görevlendirilir. Ancak, kurum/kuruluşta, hemşirelikte lisans eğitimine sahip hemşire bulunmaması halinde diğer hemşirelerden de görevlendirme yapılabilir. Sorumlu hemşire görevlendirildiği alanda öncelikle gündüz mesai saatlerinde görev yapar.

(2) Sorumlu hemşire, servis ve üniteadaki hastaların bakım gereksinimlerinin hemşirelik süreci doğrultusunda belirlenmesine ve karşılanmasına yönelik hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludur.

Servis Sorumlu Hemşiresi;

a) Servis/üniteye yeni başlayan hemşirelerin uyumunu sağlar. Hemşirelerinin mesleki gelişimlerinde, hasta bakımında rehberlik ve danışmanlık yapar, iş doyumunu ve güdülemeyi yükseltici düzenlemeler yapar. Eğitim hemşiresi ile işbirliği yaparak hemşirelerin eğitim gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunur. Hizmet içi eğitim programlarına katılır ve ünite/servis hemşirelerinin katılmalarını sağlar.

b) Hastaların tedavi planlarının güvenli bir şekilde uygulanmasını, eczane tarafından kliniğe gönderilen ilaçların güvenli bir şekilde kullanımını ve korunmasını sağlar.

c) Hastanın muayene ve tedavi girişimleri sırasında ilgili hemşirelik işlevlerinin yerine getirilmesini sağlar.

ç) Kurum politikaları doğrultusunda hemşirelerin gelişimi için performans değerlendirmelerini yapar, geri bildirimde bulunur.

d) Kendisine bağlı hemşirelerin özlük işleri ve hakları ile ilgili konularda servis/ünite içinde gerekli düzenlemeleri sağlar.

e) Hemşirelerin çalışma çizelgelerini ve izinlerini düzenler, başhemşirenin onayına sunar.

f) Servis/ünitenin fiziksel yapısı ve donanımı konusunda yönetime önerilerde bulunur.

g) Hastaları bakım gereksinimlerine göre sınıflayarak uygun oda ve yatak ayırımını yapar.

h) İlgili birimlerle eşgüdümü sağlar.

i) Hasta ile ilgili vizit, kurul ve konseylere katılarak bilgi alışverişinde bulunur.

i) Öğrenci hemşirelerin eğitiminde uygun eğitim ortamını sağlar.”

Sullivan ve Decker (2009)'ın aktardığına göre, Amerika Yönetici Hemşireler Derneği (AONE) 1992 yılında bütün düzeylerdeki yönetici hemşirelerin rollerini altı başlık altında toplamıştır (Sullivan ve Decker 2009).

- Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, sağlık hizmeti veren kurumun tamamı ya da sorumlu olduğu birimin hemşirelik bakımının verimliliğinden ve klinik hemşirelik uygulamalarının en iyi şekilde yürütülmesinden sorumludur. Hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin öncelikli olarak bu rollerine odaklanmaları ve bu sorumluluklarını yerine getirmek üzere kurumun amaçları ve hedefleri, yasalar, yönetmelikler ve mesleki standartlar ile uyumlu planlar, stratejiler, programlar yapma yetkisine sahip olmaları gerekmektedir.
- Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, klinik hemşirelik uygulamalarını ve hasta bakımını yönetmek için gerekli olan insan, finans ve gereksinim duyulan diğer kaynakları sağlamaktan sorumludur.
- Hemşire yöneticiler, her düzeydeki hemşirenin gelişimi için gerekenleri yapmalıdır. Hemşirelik uygulamalarının ve hasta bakımının kalitesinin en üst düzeyde olması için klinik hemşirelerinin görev ve sorumluluklarını yerine getirecek yetkinlikte olmaları gerekmektedir. Ayrıca hemşire yöneticiler hemşirelerin mesleki gelişimi için gerekli olan destekleyici ortamı sağlamalıdır.
- Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, kurumsal bakım standartlarının ülkedeki mesleki, yasal standartlara uyumunun sağlanmasından sorumludur.
- Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, birimlerin ve kurumun tamamının hemşirelik hizmetlerinin stratejik planlarının yapılmasından sorumludur.
- Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, kaliteli hasta bakımını sağlamak için disiplinler arası ve klinikler arası işbirliğini oluşturmalıdır. Disiplinler arası paylaşımları artırmada yöneticilere büyük roller düşmektedir (Sullivan ve Decker 2009).

Ülkemizde 2007 yılında Hemşirelik Kanunu'nda yapılan değişiklikler hemşirelerin güçlendirilmesi için yeni fırsatlar sunmaktadır. Bu değişikliklerle birlikte yönetici olarak görevlendirilecek hemşirelerin yönetim alanında uzman olması gerektiği ve lisans mezunu hemşirelerin yönetici olarak görevlendirilmesinde öncelik hakkının olması gündeme gelmiştir. Bu değişiklik hemşirelik yönetim hizmetlerinin kalitesinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Hemşirelik mesleğinin gelişimi için oldukça önemli olan 2007 yılında değiştirilen Hemşirelik Kanunu² ve 2010³, 2011⁴

4 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. (ET: 10.11.2022)

yıllarında Hemşirelik Yönetmelikleri ile birlikte hemşirelerin görev tanımları yeniden belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin çalıştıkları birime göre görev tanımları daha ayrıntılı ve günümüz standartlarına uygun bir şekilde olması, hemşirelerin çalıştıkları alanlarda kendi mesleki uygulamalarıyla ilgili planlama, uygulama, değerlendirme ve kontrol gibi bağımsız karar vermeye dayanan işlevlerinin görünür hale getirilmesi hemşirelik mesleği adına olumlu yönde atılan adımlardan biri olmuştur.

Hemşire yöneticilerin yüksek kaliteli bakım hizmetlerini sağlayabilmeleri için yasal düzenlemelerin yanında yeterli düzeyde mesleki bilgi ve beceriye sahip olmaları da gerekmektedir. Yönettikleri klinikte etkili ve güçlü bir lider olabilmeleri için mesleki bilginin yanında karar verme ve problem çözme, olumlu bir iş ortamı sağlama, değişimi gerçekleştirme ve sürdürme, hemşirelerin kariyer planlaması, hemşirelik bakımında araştırmalarını klinikte kullanma gibi becerilerinin de olması gerekmektedir (Huber, 2018; Abaan vd., 2016). Diğer yandan yönetici hemşirelerin, kendi çalışma ekibini seçme, kaynakların uygun yönetilmesi ve yönlendirme konularında mesleki olarak otonomiye sahip olmaları da önemli bir gerekliliktir (Marquis ve Huston, 2012).

Ülkemizde son yıllarda yapılan yasal düzenlemelerde olumlu adımların atıldığı fakat servis sorumlu hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını uygulamada hala sıkıntıların yaşandığı yapılan çalışmalarla da ortaya konulmuştur. Karadaş ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları bir araştırmada, Servis sorumlu hemşirelerinin “*hemşirelik hizmetlerini iyileştirmek üzere değişim yapma*”, “*hemşirelerin kariyer planlaması*”, “*hemşirelik bakımında araştırmaları kullanma*” ve “*uygun hemşirelik bakımı sunum modelini kullanma*” alanlarında kendilerini daha az yeterli buldukları saptanmıştır (Karadaş vd., 2017). Yine yönetici hemşirelerin yöneticilik görevini yaparken; görevleri dışında yapılması istenen işler, malzeme, araç ve gereç, hastanenin fiziki yapısı, iletişim, işbirliği ve koordinasyonla, başhekim ve hekimler, hemşirelik yasa ve yönetmeliklerin uygulanmaması ile ilgili sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Bilen Acarer ve Beydağ 2013).

Servis sorumlu hemşirelerinin, olumlu çalışma ortamı oluşturmada, hemşireler arasında iş memnuniyetini sağlamada, güvenli ve yüksek kalitede bakım standartlarını sürdürmede (Cummings, 2010; Patrick vd., 2011) çok önemli birer kaynak olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, mesleki gelişimin ve profesyonel iş anlayışının sağlanabilmesi ve eğitim birliğinin olması için hemşirelikte lisans eğitiminin yer alması, yöneticilik yapacak olan hemşirelerin yönetim alanında yüksek lisans ve doktora eğitimi almış olmaları gerekmektedir. Bütün bunların yanında, yönetici hemşirelerin eğitimi ve

gelişimi için kaynak ayrılmasının, hemşireler için liderlik becerilerini geliştirici programların düzenlenmesi, hemşireler için kariyer planları yapılmasının, yönetici hemşire havuzunun oluşturulması, araştırmaların ve kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik uygulamalarında kullanımının sağlanması, yaşam boyu öğrenme anlayışını yerleştirecek ve sürekliliği sağlayacak yönetici eğitim programlarının planlanması ve oluşturulması, yönetici hemşirelerin yeterlik düzeyinin artırılmasında ve yaşanan problemlerin çözümünde önemli olduğu düşünülmektedir (Huber, 2018).

Hemşirelikte Liderlik

Liderlik, *“bir grup insanı, belirli amaçlar doğrultusunda bir araya getirebilme ve bu amaçları gerçekleştirebilmek için onları harekete geçirme, etkileyebilme bilgi ve yeteneği”* olarak tanımlanmaktadır (Huber, 2018). Liderlik aynı zamanda *“başkalarını etkileme gücüdür ve ortaklaşa belirlenen vizyon doğrultusunda bireylerin istekle, şevkle çalışmalarını sağlamaktır”* (Hersey vd., 2008). Liderler genellikle başkalarına ilham vererek, canlandırarak ve katılmaya teşvik ederek etkilerler. Liderlik, bir birey, grup, organizasyon ya da bir toplum arasında gerçekleşebilir. Bu açıdan bakıldığında hemşireler birer liderdir ve sunduğu hizmetin özelliği açısından hemşirelikte liderlik gereklidir. Her insan lider olma potansiyeline sahiptir (Kelly, 2010).

Pek çok kaynakta liderlikle ilgili tanımlara bakıldığında; “lider”, “izleyenler”, “vizyon”, “ortak amaç ve hedefler”, “etkileme”, “süreç”, “etkileşim” ve “başarı” kavramları karşımıza çıkmaktadır (Hersey vd., 2008; Huber, 2018). Bu kavramların kısa bir şekilde tanımlanması liderlik kavramını daha iyi anlamamızı sağlayacaktır.

Lider, liderlik sürecinde diğerlerini/grubu/izleyenleri harekete geçiren kişi

İzleyenler, liderle birlikte ortak amaç ve hedefleri gerçekleştirmek için hareket eden kişi/kişiler

Vizyon, var olan koşullarla geleceği yaratma, olmak istenen yer, resim,

Ortak Amaç ve Hedefler, ulaşılmak istenen sonuç

Etkileme, diğer kişileri istenilen yönde değiştirmek için güç kullanımı

Süreç, aralarında birlik ya da belirli bir düzen veya zaman içinde tekrarlanan, ilerlenen gelişen olay ve hareketler dizisi

Etkileşim, kişilerin birbirlerini karşılıklı olarak etkilemesi

Başarı, lider ve izleyenlerin belirlenen amaç ve hedeflere hangi düzeyde ulaştığıdır (Hersey vd., 2008; Huber, 2018).

Liderlik, organizasyonel resmi bir yönetim pozisyonunun bir parçası veya herhangi bir grupta kendiliğinden ortaya çıkabilen benzersiz bir rol ve işlevdir. Zorluklarla başa çıkma, bağlılık, özerklik, motivasyon kaynağı olma gibi belirli özelliklerin liderlikle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Etkinlik, sağlık bakımında liderlik çabalarının önemli bir sonucudur. Hemşirelikte liderliğin çok önemli bir konu olduğu fakat hemşirelerin etkili bir lider olmada başarısız oldukları ileri sürülmüştür. Liderlik, kargaşa, karmaşıklık ve değişim zamanlarında takipçilerin etkinliğini ve memnuniyetini sağlamak için gerekli olan istikrar, rehberlik ve yön duygusunu sağlamaktadır (Huber, 2018).

Huber'in (2018) O'Neil ve arkadaşlarından aktardığına göre, hemşirelikte etkili birer lider olabilmek için aşağıdaki beş yeterliliğe sahip olunması gerektiğini vurgulamıştır:

- Etkili takımlar kurabilme
- Vizyonun stratejiye dönüştürülmesi
- Vizyon ve stratejiyi sürekli olarak iletme
- Çatışmayı yönetme
- Hasta ve müşteriye odaklanma (Huber, 2018).

Zaman zaman birbirleri yerine kullanılsalar da liderlik ve yönetim farklı kavramlardır. Liderlik başkalarının eylemlerini ve hedeflerini etkiler veya ilham verir. Birinin liderlik göstermesi için yetki konumunda olması gerekmez. Tüm liderler yönetici değildir (Kelly, 2010). Bennis ve Nanus ise bu ayrımı, “yöneticilik yerine getirmek, sorumluluk taşımak ve yürütmek, liderlik ise etkilemek, yönlendirme konusunda rehberlik etmektir” şeklinde yapmışlardır (Bennis ve Nanus, 1985). Liderlerin insanlar üzerine odaklandığını, oysaki yöneticilerin sistem ve yapılar üzerine odaklandığı bildirmiştir. Liderlik ve yöneticilik her ikisi de birbirinden üstün kavramlar olmamakla birlikte günümüz şartlarında yöneticilerin liderlik özelliği taşıması çalıştıkları ortamda farklılık yaratabilmeleri, açısından son derece önemlidir (Huber, 2018). Uluslararası Hemşireler Birliği⁵ güçlü sağlık sistemlerinin oluşturulabilmesi için liderlik rolünün hemşirelik hizmetlerinin tüm kademelerinde var olması gerektiğini vurgulamıştır. Hemşirelerin üst düzeyde ülke sağlık politikalarına yön vermede, orta düzeyde yerel sağlık politikalarının oluşturulmasında, alt düzeyde mesleki uygulamalarında etkili liderlik davranışını gösterebilmeleri gerekmektedir (Jivraj Shariff, 2015). Bu

5 International Council of Nurses (ICN) Position Statement. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A13_Nurses_Role_Detainees_Prisoners.pdf (ET: 01.10.2022)

bağlamda bütün yönetici hemşirelerin etkili birer yönetici lider olabilmeleri için gerek yasal, politik gerekse eğitim yönüyle desteklenmesi gerekmektedir.

Liderlik eğitim programları ile hemşirelerin liderlik becerinin geliştirilebileceği yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Duygulu vd., 2011). Ülkemizde yönetici hemşirelere yönelik liderlik eğitim programları vardır.⁶ Ancak bu programların sürekliliği, uygulanabilirliği ve etkinliği açısından sınırlı ve yetersiz olduğu düşünülmektedir. Bu programların yetersiz olması ve yasal düzenlemelerde buna ilişkin düzenlemelerin olmaması nedeniyle çalışanlarını önemseyen, onlara yol gösteren, kararlara katan kısacası onları güçlendiren bir yönetici lider olmada yönetici hemşirelerin sınırlılıkları olduğu gözlenmektedir. Konuyla ilişkili olarak ülkemizde servis sorumlu hemşirelerinin yönetsel yeterlik ve liderlik düzeylerinin belirlenmesi amaçlı yapılan çalışmada; servis sorumlu hemşirelerinin çoğunluğunun bir yönetim eğitim programına katılmadığı, ve yönetim eğitim programına katılmak istediği tespit edilmiştir (Karadaş vd., 2017).

Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada da, hemşirelerin klinik liderliğe ilişkin görüşleri ve servis sorumlu hemşirelerinin liderlik özellikleri incelenmiştir. Araştırmada, hemşirelerin çoğunun kendilerini birer lider olarak gördükleri bulunmuştur. Servis sorumlu hemşireleri kendilerinin en belirgin liderlik özelliği “çalışkan olma” olarak nitelendirilirken, hemşireler servis sorumlu hemşirelerinin en belirgin liderlik özelliğini “bilgili olma” olarak belirtmişlerdir (Duygulu vd., 2008). Liderlik ve yöneticilik davranışları ile sağlık bakım çevrelerine yeni bir bakış açısı getirilmekte, hemşireler ve hastalar için yararlı ortamlar oluşturulabilmektedir. Literatürde liderlik ve yöneticilikle ilgili çalışmalara bakıldığında; yönetim politikaları ve yönetici davranışlarının hemşirelerin iş doyumunu, işten ayrılma niyetlerini etkilediği (Warshawsky vd., 2014), ayrıca, çalışanların örgüte bağlılıkları memnuniyet düzeyleri (Tsai, 2011; Öztürk vd., 2012) ve motivasyonlarının arttığı (Koçak vd., 2012) bildirilmiştir. Etkili liderlik uygulamaları ile; hasta bakım çıktılarında olumlu değişikliklerin yaşandığı (Sfantou vd., 2017) ve buna bağlı olarak üriner sistem enfeksiyonları, pnömoni ve beyin kanamaları oranlarının düştüğü (Pollack ve Koch, 2003) bildirilmiştir. Yine güçlü bir liderlikle hasta düşmeleri ve ilaç hatalarının azaldığı (Capuano vd., 2005; Vogus ve Sutcliffe, 2007), hasta memnuniyetinin arttığı (Having vd., 2011), hastaların hastanede yatış sürelerinin kısaldığı (Paquet vd., 2013) ve hasta ölüm oranlarının düştüğü (Cummings vd., 2010) yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur.

6 Sağlık Bakanlığı USES eğitimleri, 2022. <https://egitim.saglik.gov.tr/>.

Liderlik sadece yönetici hemşirelerin sahip olması gereken bir beceri değildir. Klinik hemşirelerinin de karışık olan sağlık sistemi içinde kaliteli ve güvenli hasta bakım faaliyetlerini yönetebilmeleri için liderlik becerilerine sahip olmaları gerekmektedir (Bach ve Ellis, 2015). Günümüz hemşireliğinde, hemşirelik otonomisi ve profesyonelliğinin sağlanması, aynı zamanda hemşirelerin teknik yeterliliğinin oluşturulması için gerekli liderlik uygulamalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, denetlenmesi, değerlendirilmesinden yönetici hemşireler sorumludurlar. Yönetici hemşireler, hemşirelik alanında çok gerekli olan yenilikleri gerçekleştirebilecekleri oldukça önemli konumdadırlar. Bu nedenle hemşirelerin lider olmaları için desteklenmesi gerekmektedir (Huber, 2018; Kelly, 2010).

SONUÇ

Hemşirelik yönetim hizmetlerinde amaç ve hedefleri gerçekleştirmede, yönetim sürecini uygulayarak hemşirelik kaynaklarının koordine edilmesidir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli, güvenli ve maliyet etkin bir şekilde sunulmasında önemli görevleri olan servis sorumlu hemşirelerinin yönetim bilimini, hemşirelik yönetimini, rol ve sorumluluklarını çok iyi bilmesi gerekmektedir. Hemşirelik hizmetleri yönetiminde yaşanan problemlerin ortadan kaldırılması ve kalitenin artırılması için hemşirelik yönetimi ile ilgili standartların oluşturulması ve standartlar çerçevesinde hemşirelik hizmetlerinin yönetilmesi gerekmektedir.

Hemşire yöneticilerin yönetim işlevini yerine getirirken planlama, örgütleme, yöneltme ve kontrol adımlarından oluşan yönetim sürecini kullanırlar. Sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının oluşturulması ve sürdürülmesinde önemli bir role sahip olan servis sorumlu hemşireleri yönetimin servis düzeyindeki temsilcileridir. 2010 Hemşirelik Yönetmeliği'nde, servis sorumlu hemşireleri hasta bakımına rehberlik ve danışmanlık yapma, kliniğe insan, mali ve diğer kaynakların temin edilmesi ve yönetilmesi, birlikte çalıştığı hemşirelerin mesleki gelişimlerinin desteklenmesi gibi görevlerle sorumlu tutulmuştur. Hemşire yöneticilerin bakımda mümkün olabilecek en yüksek kaliteyi sağlayabilmeleri için yasal düzenlemelerin yanında öncelikle yeterli düzeyde mesleki bilgi ve beceriye sahip olmaları da gerekmektedir.

Hemşirelerin üst düzeyde ülke sağlık politikalarına yön vermede, orta düzeyde yerel sağlık politikalarının oluşturulmasında, alt düzeyde mesleki uygulamalarında etkili liderlik davranışını gösterebilmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda; yönetici hemşirelerin yönetim alanında yüksek lisans ve doktora eğitimi almış olmaları, yönetici hemşirelerin oryantasyonu, gelişimi

ve eğitimi için kaynak ayrılması, hemşireler için liderlik becerilerini geliştirici programların düzenlenmesi, hemşireler için kariyer planları yapılmasının, yönetici hemşire havuzunun oluşturulması, hemşirelik uygulamalarında araştırmaların ve kanıta dayalı uygulamaların kullanımının artırılması, yaşam boyu eğitim anlayışını yerleştirecek ve sürekliliği sağlayacak yönetici eğitim programlarının planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abaan, S., Duygulu, S. (2016). "Sorun Çözme ve Karar Verme." İçinde: Uyer G., Kocaman, G., Oktay, S., Argon G. İntepeler ŞS. Abaan S., Duygulu S., Bahçecik, N., Öztürk, H. Altuntaş, S. Arslan Yürümezoğlu, H. ve Vatan F. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı*. Koç Üniversitesi Yayınları.
- American Nurses Association (ANA). (2010). *Nursing's Social Policy Statement: The Essence of the Profession*, 3rd Edition. ISBN-13: 978-1558102705. ISBN-10: 1558102701
- Bach, S., & Ellis, P. (2015). Leadership, management & team working in nursing. 2nd edition. London: SAGE/Learning Matters
- Bennis, W. & Nanus, B.(1985). *Leaders: The strategies for taking charge*, New York: Harper & Row.
- Bilen Acarer, E. ve Beydağ, K.D. (2013) Yönetici Hemşirelerin Yaşadıkları Sorunlar Ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(1).
- Capuano, T, Bokovoy, J, Hitchings, K, Houser, J. (2005). Use of a validated model to evaluate the impact of the work environment on outcomes at a magnet hospital. *Health Care Management Review*. 30 (3), 229-236.
- Chase, L.K. (2010). Nurse manager competencies. PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa, <http://ir.uiowa.edu/etd/2681>.
- Cummings, G.G, Midodzi, W.K, Wong, C.A, Estabrooks, C.A (2010). The contribution of hospital nursing leadership styles to 30-day patient mortality. *Nursing Research*. 59(5), 331-339.
- Duffield, C.M., Roche, M.A., Blay, N., ve Stasa. H. (2011). Nursing unit managers, Staff Retention and The Work Environment, 20, 23-33.
- Duygulu, S. ve Kublay, G. (2011).Transformational Leadership Training Programme for Charge Nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 67(3), 633-642.
- Having, A., Skogstad, A, Kjekshus, L., Romøren, T. (2011). Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. *BMC Health Services Research*. 11: 327. DOI: 10.1186/1472-6963-11-327.
- Hersey P, Blanchard K, Johnson D.(2008). Management of Organization Behavior.
- Huber, D. L. (2018). *Management Principles*. Huber, D.L. (Ed.). Leadership and Nursing Care Management. 6. Edition Saunders Elsevier, Missouri.
- Karadaş, A. , Duran, S. & Doğu, Ö. (2017). Servis sorumlu hemşirelerinin yönetsel yeterlik düzeylerinin belirlenmesi: Balıkesir ve Sakarya örnekleri . *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10 (1) , 54-64. <https://dergi-park.org.tr/pub/mersinsbd/issue/29058/310827>
- Kelly, P. (2010). *Essentials of Nursing Leadership & Management* .Clifton Park, NY : Delmar Cengage Learning.

- Koçak, R.D. Özüdoğru, H. (2012). Yöneticilerin Liderlik Özelliklerinin Çalışanların Motivasyonu ve Performansı Üzerindeki Etkileri: Kamu ve Özel Hastanelerinde Bir Uygulama. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1: 76-88.
- Leach, S.ve Gyurko, C.C. (2012). *Nursing Leadership and Managament*. İçinde. P Kelly (Ed.), *Nursing Leadership and Managament*. (3rd ed.). USA: Delmar Cengage Learning;1-25.
- Jivraj Shariff, N. A (2015). Delphi survey of leadership attributes necessary for national nurse leaders' participation in health policy development: an East African perspective. *BMC Nurs*. 14, 13. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0063-0>
- Marquis, B. L. ve Huston C. J. (2012). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing Theory and Application*. 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. International Edition.
- Öztürk Yıldırım, T. (2019). Hemşirelik Hizmetleri Yönetim Standartlarının Oluşturulması. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Hemşirelikte Yönetim Programı İstanbul.
- Öztürk, H. Bahçecik, N. Gürdoğan, E.P. (2012). Hastanelere göre Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 20 (1),17-25.
- Özen Bekar, E., & Baykal, Ü. (2020). Evaluation of the Nursing Services Controlling Process from the Viewpoint of the Nurses and Nurse Managers: A Qualitative Study. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 12(1),83-92
- Paquet M., Courcy, F, Lavoie-Tremblay, M., Gagnon, S., Maillet, S. (2013). Psychosocial work environment and prediction of quality of care indicators in one Canadian health center. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*, 10(2), 82-94.
- Patrick, A., Laschinger, H., Wong, C., Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: The Clinical Leadership Survey. *Journal of Nursing Management*. 19,449-460.
- Pollack, M.M, Koch, M.A. (2003). Association of outcomes with organisational characteristics of neonatal intensive care units. *Critical Care Medicine*, 31(6), 1620-1629.
- Sfantou, D. F, Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(4), 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>.
- Spencer, and McLaren, S.(2917). Empowerment in nurse leader groups in middle management a quantitative comparative investigation. *Journal of Clinical Nursing*. 26(1-2),266-279.

- Sullivan, E.J., Decker, P.J. (2009). *Effective Leadership and Management in Nursing*. Fifth Edition. New Jersey;Prentice Hall.
- Swansburg, R., & Swansburg, R.(1999). *Introductory Management and Leadership For Nurses*. Second Edition. Jones and Bertlett Publishers.
- Tomey, A.M. (2009). *Organizaitonal Concepts and Strucutures*. In Guide to Nursing Management and Leadership. 8th Edition. Evolve, St Louis.
- Tsai, Y. (2011). Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. *BMC Health Services Research*. 11(1), 98-104.
- Velioglu, P. ve Oktay, S. (1995). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:715, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.
- Vogus, T.J, and Sutcliffe, K.M.(2007). The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. *Medical Care*. 45(10), 997-1002.
- Warshawsky, N.E and Havens, D.S. (2014). Nurse Manager Job Satisfaction and Intent to Leave. *Nursing Economics*. 32(1),32–39.
- Wong, C.A. (2015). Connecting nursing leadership and patient outcomes: state of the science. *J Nurs Manag*. 23(3),275-278.

İNTERNET KAYNAKALARI

- Hemşirelik Kanunu (2007) .<https://www.mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=1&MevzuatNo=6283&MevzuatTertip=3>. (E.T: 28.09.2022).
- Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). T.C. Resmî Gazete, 27515, 8 Mart 2010. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>. (ET:20.11.2022).
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. (ET: 10.11.2022)
- Sağlık Bakanlığı USES Eğitimleri <https://egitim.saglik.gov.tr/>. (ET: 10.10.2022)
- International Council of Nurses (ICN) Position Statement. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A13_Nurses_Role_Detainees_Prisoners.pdf (ET: 01.10.2022)

Covid-19 Pandemisi Sürecinde Hemşirelerde Tükenmişlik

Sema Köse¹

Kübra Egribaş Yeşilyurt²

Özet

Tükenmişlik, kişisel ve mesleki bağlamda istenmeyen sonuçları olan süreçtir ve baskı altında çalışmanın ve stresli durumlarla karşı karşıya kalmanın sonucunda ortaya çıkan bir tepkidir. İnsanlara birebir bakım sağlayan hemşireler stresli bir meslek grubu olarak görülüp tükenmişlik açısından risk grubunu oluştururlar. Yapılan literatür incelemesinde insanlara birebir hizmet veren ve stresli ortamlarda tedavi ve bakım vermek durumunda olan hemşirelerde tükenmişliğin oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Özellikle COVID 19 pandemi sürecinde hemşireler, hasta bakım sürecinde ön saflarda bulunmalarından dolayı bu süreçte tükenmişlik açısından en çok etkilenen gruplardan olmuştur. COVID 19 salgını küresel anlamda sağlık çalışanlarını ve özellikle hemşireleri fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz etkileyecek birçok zorluğu beraberinde getirmiştir. Artan iş yükü ve hastalık sürecinin bilinmezliği, korunmak için sürekli kullanılan koruyucu ekipmanların rahatsızlığı, hastalığı kendisine, ailesine ve çevresindekilere bulaştırma korkusu, hastalığın kesin ve net bir tedavi planının olmaması ve yetersiz bilgi ortamı ve sağlık sistemindeki krizden dolayı hemşirelerde korku ve anksiyeteye neden olarak bireysel ve mesleki tükenmişliğe neden olmuştur. Sonuç olarak literatüre bakıldığı zaman tükenmişlik, pandemi döneminde sağlık çalışanlarının ve özellikle birebir pozitif vakalara hizmet veren hemşirelerin karşı karşıya kaldığı önemli bireysel ve mesleki bir sorun olmuştur. Bu riskli süreçte büyük fedakârlık ile çalışan hemşirelerde, sürecin getirdiği bilinmezlik ve zorluklara bağlı ortaya çıkması olası olan tükenmişlik sendromunun erken dönemde tespit edilmesi,

- 1 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Erzincan/Türkiye (<https://orcid.org/0000-0001-8653-1432>) e posta: sema.kose@erzincan.edu.tr
- 2 Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, COVID-19 Kliniği, Erzincan/Türkiye (<https://orcid.org/0000-0002-2829-8852>) e posta: kubra_egribas.13@hotmail.com

gerekli önlemlerin alınarak girişimlerde bulunulması COVID 19 pandemisi gibi benzeri durumlar ile mücadelenin etkin bir şekilde sürdürülmesi için son derece önemlidir.

1. GİRİŞ

COVID 19 salgını küresel anlamda sağlık çalışanlarını ve özellikle hemşireleri fiziksel ve ruhsal açıdan olumsuz etkileyecek birçok zorluğu beraberinde getirmiştir. Hemşirelerin hasta bakım ve tedavisini stresli bir ortamda, sınırlı ve az sayıda kaynakla sunmasının yanı sıra COVID 19 pandemisinde uzun, yorucu ve riskli çalışma şartlarına ilaveten hastalanma, hastalığı aile bireylerine bulaştırma düşüncesi ve ölüm korkusunun tükenmişliği tetiklediği düşünülmektedir. Dünyada birçok kıtada ve ülkede, çok geniş alanlara yayılarak etki gösteren COVID 19 pandemisi uzun süre hastalar ile birlikte vakit geçiren hemşirelerde tükenmişlik yaşama oranını artırmıştır.

Tükenmişlik fiziksel ve psikolojik boyutları olan ve bireyin stresli bir çalışma ortamına uzun süre maruz kalması sonucu işine karşı olumsuz duygusal tepkilerinin oluşması olarak tanımlanır. Tükenmişlik duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı olmak üzere üç alt boyutta incelenen bir durumdur. Tükenmişliğin oluşumunda bireysel ve çevresel faktörler etkili olmaktadır (Şıklar ve Tunali, 2012). Bireyde tükenmişlik geliştiğinde fiziksel belirtiler, psikolojik ve davranışsal belirtiler görülebilir (Dinibutun, 2020; Kuzu ve Yıldırım, 2021). Tükenmişlik ile mücadele bireysel ve örgütsel olmak üzere iki şekilde yapılabilir.

Literatür incelendiği zaman yapılan birçok çalışmada COVID 19 pandemisiyle sağlık kuruluşlarında çalışma düzeninin değişmesi, artan kurum talepleri, sürekli kullanılmak zorunda kalınan koruyucu ekipmanlar ile hizmet vermek, kesin tedavisi olmayan bir enfeksiyon ile mücadele etmek, sağlık hizmeti verenlerde virüsün kendine bulaşmasından ve virüsü ailesine taşımaktan korku duymanın anksiyete düzeyini arttırdığı özellikle de hastalar ile bire bir temasta bulunan ve uzun süre hastalar ile birlikte vakit geçiren hemşirelerde tükenmişliğin görülme oranını arttırdığı vurgulanmıştır.

Tükenmişlik, hemşirelik bakımının niteliğini ve niceliğini olumsuz etkilemekte, kişide psikolojik problemlere neden olmakta, iş kazalarını arttırmakta, kişinin diğer insanlar ile ve kurum içi ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Tüm bu sebeplerden dolayı, tükenmişliğin erken dönemde fark edilip önlenmesi, ruh sağlığının ve verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılmasında önemli bir role sahiptir. Tüm bu olumsuzlukları önlemeye yönelik öneriler, hemşirelerin çalışma şartları iyileştirilerek ve ihtiyaçlarına

yönelik yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılarak refah düzeyi yüksek bir ortamda çalışmalarını sağlanarak psikolojik ve fiziksel olarak minimum düzeyde olumsuz etkilenmesi sağlanmalıdır. Özellikle salgın hastalık dönemlerinde bu olumsuz psikolojik etkilerin daha da artmasından dolayı hemşirelerin ihtiyaç ve taleplerine öncelikle cevap oluşturulmalı hemşireler desteklenmeli ve gerekli durumlarda baş etme mekanizmaları devreye sokulmalıdır.

2. COVID-19

Dünyada birçok kıtada ve ülkede, çok geniş alanlara yayılarak etki gösteren salgın hastalıklara genel olarak pandemi denir. Pandemi hastalıklar belirli koşulları sağladıklarında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu durumun pandemi olduğunu ilan etmektedir. Salgın hastalıklar; birçok insanı olumsuz yönde etkileyen sosyal ve ekonomik bozulmalara hatta ölümlere neden olan dünya çapında problemlerdir (Aydın ve Ağaçdiken 2021).

İlk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan eyaletinde ortaya çıkan COVID 19 hastalığı dört ay gibi kısa bir zaman diliminde bütün dünyayı etkisi altına alarak salgın haline gelmiştir. Bu yeni virüs hızlı mutasyona uğrayıp, hızlı bir şekilde yayılarak dünya çapında bir kriz haline gelmiştir. Ülkemizde ilk pozitif vakanın 11 Mart 2020 tarihinde saptanmasının hemen ardından DSÖ; Covid-19'u pandemi olarak ilan etmiştir (Budak ve Korkmaz, 2020; Dikmen ve ark., 2020; TC. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Hasta bireylerden alınan solunum yolu ve diğer örneklerde viral RNA'nın bulunması COVID 19 enfeksiyonunda bulaştırıcılığın damlacık yolu ile olduğunu göstermiştir. Hasta bireylerin öksürme, hapşırma hatta konuşma gibi eylemleri ile etrafa saçılan damlacıklara sağlıklı bireylerin temas etmesi ile enfeksiyonun kişiden kişiye hızlı bir şekilde bulaşmıştır. Hastalık belirti ve bulgusu olmayan kişilerin solunum yolu salgılarında da virüsün tespit edilmesi bu olguların da hastalığın yayılımında taşıyıcı olarak kritik rol oynadığını göstermiştir. Bulaşma süresi tam olarak bilinmemekle beraber hastalığın, semptomların ortaya çıkmasından bir-iki gün önce başladığı ve semptomların kaybolmasıyla bulaştırıcılığın sonlandığı düşünülmüştür. İnkübasyon süresinin ise dört-beş gün olduğu ancak on dört güne kadar uzayabildiği belirtilmiştir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2021).

COVID 19 hastalığı çok farklı klinik tablolarla karşımıza çıkmış, spesifik semptomlara sahip olmaması hastalığın tanılanıncaya kadar birçok kişiye bulaştırılmasına neden olmuştur. COVID 19'da İnkübasyon dönemi sonrasında en sık görülen belirtiler halsizlik, ateş ve kuru öksürük, iken ilerlemiş ağır vakalarda solunum yetmezliği, nefes darlığı, ile ARDS'dir. COVID 19 vakaları Klinik seyirlerine göre hafif, orta ve ağır olarak

sınıflandırılmıştır. Vakaların %80'ni hafif/orta, %20'si ağır bir şekilde hatta yoğun bakım gerektiren kritik hastalık tablosunda seyretmiştir. Hastalık tanısının konulmasında radyolojik bulgular, hastanın kliniği ve laboratuvar testleri yol gösterici olsa da spesifik olmayan bulguların görülebilmesi PCR ile doğrulanmayı gerektirmiştir.

3. TÜKENMİŞLİK

Tükenmişlik, fiziksel ve psikolojik boyutları olan bir kavramdır. Bireyin stresli bir çalışma ortamına uzun süre maruz kalması sonucu işine karşı olumsuz duygusal tepkilerinin oluşmasıdır. (Dinibütün, 2020). Freudenberger, 1974 yılında gönüllü sağlık çalışanları ile tükenmişlik kavramını çalışan ilk kişidir. Freudenberger tükenmişliği “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” şeklinde tanımlamıştır.

Christina Maslach'ın tükenmişlik tanımı günümüzde de kabul gören en yaygın tanımdır. Maslach tükenmişliği “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir sendrom” olarak tanımlamıştır (Maslach vd. 2001).

3.1. Tükenmişliğin Boyutları

Maslach ve Jackson tükenmişliği duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı olmak üzere üç alt boyutlu bir sendrom olarak değerlendirmiştir. Buna karşın Freudenberger tükenmişliği duygusal boyutuyla değerlendirmiştir (Çevik ve Özbacı, 2020). Maslach ve Jackson boyutların her biri birbirinden bağımsızdır ve bu boyutlardan herhangi birinin her an ortaya çıkabileceğini ifade etmektedir. (Dinibütün, 2020).

3.1.1. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme kişinin psikolojik boyutu ile ifade edilmektedir. Çalışanlarda duygusal olarak yıpranmışlık, yorgunluk ve bitkinlik hissidir. Kişinin işine karşı enerji hissetmemesi ve duygusal olarak dayanma gücünün bitmesi şeklinde ortaya çıkar (Dinibütün, 2020).

3.1.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma, bireyin diğer bireyler ile olan ilişkilerini ifade etmektedir. İş yerindeki diğer insanlara karşı soğuk, tepkisiz, duyarsız, anlayışsız tutumlar

olarak ifade edilir. Birey çalışma arkadaşlarından gelen istekleri görmezden gelerek küçümseyici ve önemsiz bir tavır ile davranmaktadır (Dinibutun, 2020).

3.1.3. Düşük Kişisel Başarı

Kişisel başarı tanım olarak, kendi sınırlarını aşma, sezgilediği şeyi bilme, idrak etme ve kendini gerçekleştirme şeklinde tanımlanmaktadır. Düşük kişisel başarı ise, kişinin kendisi ile ilgili olumsuz değerlendirme eğiliminde olmasıdır. Tükenmişliğin bu aşamasında kişi kendini başarısız ve beceriksiz olarak hissetmektedir.

Maslach ve Jackson'a göre boyutların her biri birbirinden bağımsızdır ve bu boyutlardan herhangi birinin her an ortaya çıkabilmesi mümkündür (Dinibutun, 2020).

3.2. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler

Tükenmişliğin oluşumunda çeşitli faktörler etkili olmaktadır. Bu faktörleri bireysel ve çevresel olmak üzere iki başlık altında ele almak mümkündür. (Şıklar ve Tunalı, 2012).

3.2.1. Bireysel Faktörler

Kişisel özellikler bireyden bireye farklılık gösterdiği için tükenmişliği yaşama düzeyi ve şekli de bireyler arasında farklılık gösterir (Kazu ve Yıldırım, 2021). Tükenmişliğe sebep olan bireysel faktörler; kişinin kendisine olan güven eksikliği, odaklanamama, her işte mükemmel olma duygusu, karamsarlık, olaylara bakış açısında negatif olma, umutsuzluk, sabırsızlık, yaptığı işten beklentisinin yüksek olması, iş ortamındaki eksikliklerden memnuniyetsizlik, benlik saygısının düşük olması, eğitimin düzeyinin düşük olması ve sosyodemografik özellikler vb. şeklinde sıralanabilir

3.2.2. Çevresel Faktörler

Artmış iş yükü, yetki ve sorumluluk dışında olan işlerin yaptırılmaya çalışılması ile oluşan rol belirsizliği, az personel ile hizmet sunma, yetersiz malzeme, kurumun olumlu davranışlarda takdir ve ödüllendirme yapmaması, işyerinin yönetim tipi, düşük ücret, iş arkadaşlarıyla arasındaki uyumsuzluk, uzun mesai saatleri, çalışılan kurumun işleyişindeki aksaklıklar, liyakatsizlik ve eşitsizlik gibi faktörler tükenmişliğe yol açan çevresel faktörlerdendir (Kazu ve Yıldırım, 2021).

3.3. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik sendromu zaman içinde yavaş yavaş gelişen, semptomların kişiden kişiye farklılık gösterdiği bir kavramdır. Buna karşın tükenmişliğin en çok görülen belirti be bulgularını üç başlık altında ele almak mümkündür. Bunlar fiziksel belirtiler, psikolojik ve davranışsal belirtilerdir (Dinibutun, 2020; Kazu ve Yıldırım, 2021).

3.3.1. Fiziksel Belirtiler

Tükenmişliğin ilk belirtileri hafif düzeydedir ve bunlar uyku döngüsünde bozulmalar, yorgunluk, bitkinlik, halsizlik, solgunluk, baş ağrısı, GİS problemleri, kilo kaybı veya kilo artışı, taşikardi gibi problemlerdir (Işıkhana, 2016).

3.3.2. Psikolojik Belirtiler

Tükenmişliğin fiziksel boyutu çoğunlukla bireyin kendini etkilerken, psikolojik boyutu, bireyin kendisi kadar ailesini, yakın çevresindeki insanları ve çalışma ortamını da etkiler. Tükenmişlik yaşayan bireyde görülen psikolojik belirtiler, ruh halinde dalgalanmalar, sinirlilik, hızlı öfkelenme, stres, depresyon, duyarsızlık, anksiyete, huzursuzluk, kendini değersiz hissetme, özgüven eksikliği gibi olumsuz duygularda artış gibi problemlerdir (Işıkhana, 2016).

3.3.3. Davranışsal Belirtiler

Davranışsal belirtilerin görülmesi bireyin yaşadığı tükenmişliğin ciddi boyutlara ulaştığını göstermektedir. Davranışsal belirtiler, başkaları tarafından da fark edilebilmektedir. Bu belirtiler, hızlı öfkelenme, ani sinir krizleri, yalnızlık isteği, zihin dağınıklığı, alınganlık, ağlama nöbetleri, iş performansında düşme, yapılan işin kalitesinde bozulma, çalışmama isteği, alkol ve tütün gibi zararlı maddelerin kullanımında artış gibi problemlerdir (Işıkhana, 2016).

3.4. Tükenmişlik ile Baş Etme Yöntemleri

Tükenmişlik ortaya çıkmadan önlemek ve problemler ile baş edebilmek için öncelikle tükenmişliğe neden olan faktörlerin bulunması gerekmektedir. Tükenmişlik ortaya çıktıktan sonra etkili bir şekilde müdahale edebilmek için tükenmişlik belirtilerinin izlenip erken dönemde tespit edilmesi oldukça önemlidir.

Tükenmişlik ile baş etme, bireysel ve örgütsel yöntemler olmak üzere iki başlık altında ele alınabilir (Işıkhana, 2016).

3.4.1. Tükenmişlik ile Baş Etmede Bireysel Yöntemler

Bireysel yöntemler, kişinin tükenmişlik durumunda başa çıkabilmek için kendisi adına yapacağı pozitif tutumları içermektedir. Bireysel anlamda baş etme yöntemlerini sıralayacak olursak kişi tükenmişlik ile ilgili bilgi sahibi olup kendini iyi tanıyıp değerlendirmeli ve kendinde hangi duyguların daha baskın olduğuna bakıp kendisine olumlu yönde gerçekçi hedefler koymalıdır. Kendisini hem bireysel hem mesleki anlamda geliştirmelidir. Olumlu düşünmeli ve pozitif eylemlerde bulunmalı ve gerektiğinde hayır diyebilmelidir. Sorunları yaşadığı yer ve zamanda bırakarak sorunu içselleştirip günlük yaşantısının her dönemini etkilemesini önlemelidir. Problem yaşadığı zaman açıkça ifade edip çözüm yolları bulabilmelidir. Stres verici durumlar karşısında stres ile başa çıkabilmeli ve gerektiği zaman ailesinden ve fikirlerini önemsemediği kişilerden destek alabilmelidir. Kendisinin sevdiği alanlarda yeni hobiler edinerek huzurlu bir yaşam şekli oluşturmalıdır. Zaman yönetimini iyi yapıp hem bireysel hem mesleki olarak doyum sağlayabilmelidir.

3.4.2. Tükenmişlik ile Baş Etmede Örgütsel Yöntemler

Örgütsel yöntemler, tükenmişlikle başa çıkmak için yönetsel kararları ifade etmektedir. Yönetsel kararlar, bireysel düzeydeki yöntemlere göre daha etkilidir. Ayrıca tükenmişliğin önemli bir sorun olduğuna ve önlenmesi gerektiği düşüncesine vurgu yapmaktadır. Örgütsel düzeyde baş etme yöntemlerini sıralayacak olursak kişilerin yetkinliklerine ve sevdiği alanlara göre personel seçimi yapılmalı, her bireyin kendine özel bireysel özelliğinin olduğu bilinmeli ve bireyin kişisel özelliklerine saygı duyulmalıdır. Kurum içinde çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları net bir şekilde belirlenip rol belirsizliğinin önüne geçilmelidir. Kurum içinde yöneticiler çalışanlarını olumlu tutumlarından dolayı geri bildirim yapıp ödüllendirmelidir. Yetersiz personel problemine çözüm bulunup çalışma saatleri çalışanların yararına olacak şekilde düzenlenmelidir. Çalışan personelin gelişimi için eğitimler planlanıp ve gerekli durumlarda çalışanlara terfi olanağı sağlanmalıdır. Ücret sorunları çözümlenmeli ve her şeyden önemlisi kurum yöneticileri tarafından çalışanlar desteklenmelidir.

4. COVID 19 PANDEMİSİNDE HEMŞİRELİK VE TÜKENMİŞLİK

Tükenmişlik stresli ve yoğun çalışma ortamına uzun süre maruz kalmanın istenmeyen bir sonucu olan fiziksel ve duygusal tükenme durumudur. Hemşirelerin hasta bakım ve tedavisini stresli bir ortamda, sınırlı ve az sayıda kaynaklarla, gereksiz ve aşırı iş yüküyle, empati, sabır, merhamet ve şefkat ile gerçekleştirmesi beklenmektedir. Tüm bu olumsuzluklara rağmen hemşire

çalışma hayatında bunlar arasında dengeyi kurabilmelidir (Hiçdurmaz ve Üzar 2020). Dengenin kurulamaması kişide tükenmişliğe neden olabilmektedir. Tükenmişlik hemşirelerde birçok psikolojik ve fiziksel belirti ile kendi göstermektedir. Bunlara örnek verecek olursak uyku döngüsünde bozulmalar, kronik yorgunluk, tekrarlayan baş ağrısı, odaklanamama, öfke patlamaları, sinir krizleri, soluk cilt, bitkin bir görüntü gibi birçok fiziksel ve psikolojik semptomlar oluşturur. Mesleki tükenmişlik, hemşirelik bakımının niteliğini ve niceliğini olumsuz etkilemekte, kişide psikolojik problemlere neden olmakta, iş kazalarını arttırmakta, kişinin diğer insanlar ile ve kurum içi ilişkileri olumsuz etkilemektedir. Tüm bu sebeplerden dolayı, mesleki tükenmişliğin erken dönemde fark edilip önlenmesi, ruh sağlığının ve verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında önemli bir role sahiptir. COVID 19 pandemisi hemşirelik bakım hizmetleri ile doğrudan ilişkili bir kriz oluşturmuş ve sağlık profesyonellerinde tükenmişlik görülme oranını arttırmıştır. Hızla artan vaka sayıları ve giderek yükselen ölüm oranları ile ilişkili olarak, sağlık çalışanları fiyasyon, tarama, teşhis ve tedavi gibi çeşitli sağlık hizmetlerinin sunumunda ön planda olmuşlardır. Bu süreçte uzun, yorucu ve riskli çalışma şartlarına ilaveten hastalanma, hastalığı aile bireylerine bulaştırma düşüncesi ve ölüm korkusunun tükenmişliği tetiklediği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde, özellikle acil servislerde, yoğun bakım ünitelerinde ve bulaşıcı hastalık kliniklerinde çalışan sağlık personelinin psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenmesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. COVID 19 pandemi döneminde hasta bakımında aktif görev yapan hemşireler üzerinde olumsuz psikolojik etkiler görülmüştür. Yapılan literatür taramasında salgın hastalık dönemlerinde sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının bu süreçten olumsuz yönde etkilendiğini, salgın hastalık dönemlerinde hizmet veren sağlık personellerinin bu süre içerisinde işe karşı isteksizlik, işten ayrılma niyetinde artış, kaygı düzeyinde artış, anksiyete ve tükenmişlik düzeyinin normal dönemlere göre arttığı bildirilmiştir. Tükenmişlikle ilgili COVID 19 pandemi döneminde yapılmış olan çalışmalar incelendiği zaman sağlık çalışanları ve özellikle hemşirelerde tükenmişlik düzeylerinin artmış olduğu görülmektedir. Tükenmişliği artıran faktörlere bakıldığında zaman kişisel koruyucu ekipmanla uzun süre çalışmak, sevdiklerine hastalığı bulaştırma korkusu, meslektaşlarının ölümü, yüksek tedavi ve bakıma rağmen hastaların ölümü, normal zamana göre artmış çalışma süreleri, hastalığı yakınlarına bulaştırma endişesi ile yakınlarından uzaklaşma, artan hasta sayısı ve yetersiz kalan ventilatörlerin paylaşılmasıyla ilgili etik kaygı ve ikilemler gibi durumlar sağlık çalışanlarının psikoloji durumları üzerinde olumsuz etki yaparak tükenmişliğe kapı aralamıştır. Arpacıoğlu

ve arkadaşlarının yaptığı COVID 19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişliği inceledikleri araştırmada kadın sağlık çalışanların tükenmişlik düzeyi erkek hemşirelerden daha yüksektir (Arpacıoğlu vd. 2021). Aynı şekilde Barello ve arkadaşlarının COVID 19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanları ile yaptıkları araştırmada, cinsiyetin Duygusal Tükenme üzerinde bir etkisinin olduğunu ve kadınların erkeklerden daha yüksek seviyeler gösterdiği belirtilmektedir (Barello at all 2020). Akalın ve Modanlıoğlu'nun COVID 19 sürecinde yoğun bakımdaki sağlık çalışanları ile yaptıkları araştırmada yoğun bakım çalışanlarının, duygusal tükenme düzeylerinin ortalamanın üstünde olduğu sonucuna varmışlardır (Akalın ve Modanlıoğlu 2021). Yılmaz ve Düşükcan'ın yapmış olduğu benzer araştırmada Covid -19 pandemi sürecinde hemşirelerin genel tükenmişlik algıları ile duygusal tükenmişliklerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve Düşükcan 2022). Aktaş ve arkadaşlarının Yoğun bakım hemşirelerinde yaptıkları araştırmada hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ortalamanın üzerinde olduğu, kadın hemşirelerde ve COVID 19 enfeksiyonu geçiren hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yine bu süreçte Odacı ve Kalanlar'ın yoğun bakım hemşirelerinde yaptığı benzer araştırmada hemşirelerin duygusal tükenme düzeylerinin orta, duyarsızlaşma düzeylerinin düşük ve kişisel başarı düzeylerinin ise düşük olduğu bildirilmiştir (Odacı ve Kalanlar 2022). Literatüre bakıldığında pandemi döneminde hemşirelerde tükenmişlik oranlarında bir artış görülmüştür.

5. SONUÇ

COVID 19 pandemisi, insanları psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden olumsuz olarak etkilemiştir. Bunun yanı sıra bu salgın sağlık hizmetlerinde kriz olarak ortaya çıkmış ve sağlık bakım vericilerine yeni rol ve sorumluluk yükleyerek iş yüklerinde artışa neden olmuş ve sağlık profesyonellerinin psikolojik olarak olumsuz etkilenmesine neden olmuştur. Literatür incelendiği zaman yapılan birçok çalışmada COVID 19 pandemisiyle sağlık kuruluşlarında çalışma düzeninin değişmesi, artan kurum talepleri, sürekli kullanılmak zorunda kalınan koruyucu ekipmanlar ile hizmet vermek, kesin tedavisi olmayan bir enfeksiyon ile mücadele etmek, sağlık hizmeti verenlerde virüsün kendine bulaşmasından ve virüsü ailesine taşımaktan korku duymanın anksiyete düzeyini arttırdığı özellikle de hastalar ile bire bir temasta bulunan ve uzun süre hastalar ile birlikte vakit geçiren hemşirelerde tükenmişliğe neden olduğu görülmüştür. Tükenmişlik hemşirelerde bakımın nitelik ve niceliğini azaltır ve iş kazaları riskini artırmaktadır. Bunun sonucunda ise hasta memnuniyeti ve kurum memnuniyeti azalmaktadır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde pandemi dönemlerinde sağlık bakımı

verenlerde tükenmişliğin arttığı ve bu durumun hem bireyi hem sağlık bakımı alan bireyi hem de kurumu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Tüm bu olumsuzluklara önlemeye yönelik öneriler, hemşirelerin çalışma şartları iyileştirilerek ve ihtiyaçlarına yönelik yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılarak refah düzeyi yüksek bir ortamda çalışmalarını sağlanarak psikolojik ve fiziksel olarak minimum düzeyde olumsuz etkilenmesi sağlanmalıdır. Özellikle salgın hastalık dönemlerinde bu olumsuz psikolojik etkilerin daha da artmasından dolayı hemşirelerin ihtiyaç ve taleplerine öncelikle cevap oluşturulmalı hemşireler desteklenmeli ve gerekli durumlarda baş etme mekanizmaları devreye sokulmalıdır.

6. KAYNAKÇA

- Akalın, B., & Modanlıoğlu, A. (2021). COVID 19 Sürecinde Yoğun Bakımda Çalışan Sağlık Profesyonel-lerinin Duygu-Durum ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 346-352.
- Aktaş, Y. Y., Oğuzhan, H., & Çatal, S. (2022). COVID 19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşirele-rinde Tükenmişlik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 1051-1057.
- Arcacıoğlu, S., Baltalı, Z., & Ünübol, B. (2021). COVID 19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Covid Korkusu, Depresyon, Mesleki Doyum Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 46(1), 88-100.
- Aydın, T., & Ağaçdiken, S. (2021). COVID 19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması ve Tükenmişlik Durumu. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 11-22.
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout And Somatic Symptoms Among Frontline Healthcare Professionals At The Peak Of The Italian COVID 19Pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129.
- Budak F, Korkmaz Ş. (2020). COVID 19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1): 62-79.
- Çevik, O., & Özbacı, A. A. (2020). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri ile Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki-Samsun İli Örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(3), 1773-1787.
- Dikmen Au, Kına Mh, Özkan S, İlhan Mn. (2020). COVID 19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğren-dik. *Journal Of Biotechnology And Strategic Health Research*, 4: 29-36
- Dinibutun, S. R. (2020). Factors Associated With Burnout Among Physicians: An Evaluation During A Period Of COVID 19 Pandemic. *Journal Of Healthcare Leadership*, 85-94.
- Hiçdurmaz, D., & Üzar-Özçetin, Y. S. (2020). COVID 19 Pandemisinde Ön Safta Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sağlığının Korunması ve Ruhsal Travmanın Önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(Özel Sayı), 1-7.
- Işıkkhan, V. (2016). Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu. *Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi İçinde (Ss. 366-391)*, Tüsad Eğitim Kitapları Serisi, Ankara.
- Kazu, İ. Y., & Yıldırım, D. (2021). Mesleki Tükenmişlik: Etki Eden Faktörler, Belirtileri ve Sonuçları. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 462-473.

- Maslach, C., Schanfeldi, W. B., Leiter, M. R. (2001). Job Burnout. Annual Review Psychology, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Odacı, N., & Kalanlar, B. (2022). COVID 19 Pandemisinde Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşire-lerde İş-Aile Çatışmasını Yönetme Öz-Yeterliği, Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 4(2), 77-84.
- Şıklar, E., & Tunalı, D. (2012). Çalışanların Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Eskişehir Örneği.
- Tc. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID 19 Genel Bilgiler Epidemiyoloji ve Tam Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, <https://covid19.saglik.gov.tr/tr-66439/c.html>/ Erişim Tarihi: 22.09.2023
- Yılmaz, S., & Düşükcan, M. (2022). COVID 19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerde Tükenmişlik ve Kaygı-nın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4), 741-760.

Doğum Ağrısının Yönetiminde Aromaterapi Yaklaşım

Ayşe Eminov¹

Gül Ertem²

Özet

Doğum ağrısının kontrolü ve acı çekmenin önlenmesi, klinisyenlerin ve danışanlarının temel endişeleridir. Bu yüzden doğum sırasında ağrıyı hafifletmek ve acıyı azaltmak için kullanılan birçok non-farmakolojik yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi de aromaterapi yaklaşımıdır. Aromaterapi, “yüksek konsantrasyonlu esansiyel yağların veya bitkilerden damıtılan esansların tedavi edici özelliklerinden faydalanmak amacıyla kullanılan bilim dalıdır”. Aromaterapi, doğum sırasındaki kaygı ve ağrıyı azaltmakta faydalı görüldüğü gibi klinik kanıtların gücünün yeterli olmadığı ve daha fazla klinik çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

1.GİRİŞ

Doğum, kadının hayatında anlamlı bir deneyim olmasına rağmen, doğum sırasındaki kasılmaların etkisi ile (Lee, Liu, Lu, & Gau, 2013) doğuştan gelen gücünü ve normal fizyolojisini en üst düzeye çıkaran, zorlu bir süreç olarak tanımlanabilmektedir. Doğum deneyiminde çeşitli fizyolojik süreçlerin semptomlarını azaltmak için alternatif ve tamamlayıcı tıp olarak aromaterapi kullanımları tercih edilebilmektedir (Tabatabaieichehr & Mortazavi, 2020). Aromaterapi, farmakolojik olmayan, tamamlayıcı ve alternatif bir tedavi olarak, doğal bitkilerden elde edilen esansiyel yağların, aromatik etkisi ile zihni ve vücudu rahatlattığı bilinmektedir (Hall, Griffiths, & McKenna, 2011). Aromaterapide, bitki özlerin moleküller yapısı, duyu ve anılarla doğrudan ilişkisi olan limbik sistemi uyarır. Bunun sonucunda kişide kaygıyı

1 Phd Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ayse.eminov@ege.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-2587-8584>

2 Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hemşireliği A.B.D., gul.ertem@ege.edu.tr <https://orcid.org/0000-0002-5853-3980>

azaltarak hissedilebilecek ağrının azalmasına neden olmaktadır (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2021). Aromaterapi ayrıca kortizol seviyesini azaltıp ve serotonin seviyelerini yükseltir. Böylelikle kişilerde kaygı düzeyinde azalmaya neden olur (Hamdamian et al., 2018).

Aromaterapi, doğum ağrısının yönetilmesinde, kaygının azaltılmasında kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler oldukça yaygın olan yaklaşımlar arasındadır (Hall et al., 2011)(Hamdamian et al., 2018). Doğum ağrısında aromaterapi kullanımıyla; annenin stresi azaltılabilir ve doğum süreci daha rahat bir şekilde yönetilebilir. Doğum eyleminde özellikle masaj veya inhalasyon yoluyla aromaterapi kullanıldığında kas gerginliğini azaltıp, ağrıyı hafifletebilir. Aynı zamanda uçucu yağların hoş kokuları, anneyi zihinsel olarak rahatlatıp odaklanmalarına yardımcı olabilir. Farklı ülkelerden elde edilen kanıtlar, gebe kadınlarda aromaterapi kullanım oranlarının %13'ten %78'e çıktığını göstermiştir (Hall et al., 2011). Annelerde ve yenidoğanlarda kullanımının artmasının önemli bir yan etki oluşturmadığı ve doğum sırasında da aromaterapinin güvenle kullanılacağı literatürde belirtilmektedir (Kheirkhah, Setayesh Valipour, Neisani, & Haghani, 2014a). Doğum sırasında aromaterapinin kullanılması, kadınlarda ağrıyı kontrol etme ve dolayısıyla doğum şekline daha akılcı karar verebilmesi açısından önemli olmaktadır (Lakhan, Sheaffer, & Tepper, 2016). Bu düşünceden yola çıkarak günümüzde aromatik botanik kaynaklardan elde edilen uçucu yağların doğum sırasında ağrıyı hafifletmek için kullanıldığı bilinmektedir. Bu yağların kullanımlarıyla ilgili hususların arasında; banyo suyuna katılması, inhalasyon ve masaj yolu ile uygulanması yer almaktadır (Mertz & Earl, 2018). Lavanta, papatya, gül, narenciye ve adaçayı gibi esansiyel yağlar, doğumda ağrı ve kaygıdan kurtulmak için güvenle kullanılabilirdiği çeşitli araştırmalarda bildirilmiştir. (Vitale, 2018)Kazemina et al., 2020) (Vakilian et al., n.d.)(Ahmadi, Karimi, Aj, & Javadi, 2013).

Literatürlerde doğum ağrısında çoğunlukla kullanılan başlıca esansiyel yağların arasında; lavanta, gül, yasemin, sardunya, papatya, narenciye, nane ve karanfil yer almaktadır (Kazemina et al., 2020)(Vakilian et al., n.d.) (Ahmadi et al., 2013) Nehbandanii, Rezayee Kakhkha Galeh, Bordbari, & Koochakzai, 2018)(A. Alavi, Askari, Nejad, & Bagheri, 2017)(Rashidi Fakari, Tabatabaeichehr, Kamali, Rashidi Fakari, & Naseri, 2015)(Amir Ali Akbari & Mojab, 2015)(Namazi et al., 2014)(Gity OZgoli et al., 2016)

1.2.Doğum Ağrısında Aromaterapi Kullanımının Önemi

Aromaterapi, şifalı bitkilerin aromatik özlerinin inhalasyon veya masaj yoluyla kullanıldığı tedavi edici bir yöntemdir. Uzun zamandır

ağrı yönetiminin ana seçeneklerinden biri olarak bilinmektedir (Tanvisut, Traisisilp, & Tongsong, 2018). Aromaterapi, latent fazda ve erken aktif fazda doğum ağrısının hafifletilmesinde faydalı olduğu, ancak doğum ağrısının şiddetli olduğu geç doğum eyleminde etkili olmadığı bilinmektedir. Ciddi yan etkilerin yokluğunda, aromaterapinin, özellikle ilaçların ve bölgesel anestezinin etkilerinden kaçınmak isteyen kadınlar için doğumun erken döneminde yardımcı bakım olarak kullanıldığında ağrı yönetimi için yararlı bir alternatif olduğu sonucuna varılmaktadır (Hamdamian et al., 2018). Aromaterapi, rahatlatıcı, daha kısa, tatmin edici ve ağrısız bir doğum için yardımcı olabilir. Aromaterapinin ağrı şiddetini hafifletmedeki etkisinin kesin mekanizması hala bilinmemektedir. Bilimsel olarak aromaterapi hem fizyolojik hem de psikolojik yaklaşımlarda etkili olabiliyor. Çeşitli aromaların neden olduğu kokunun, koku alma sinir hücrelerini harekete geçirdiğine ve bunun sonucunda limbik sistemin uyarıldığına inanılmaktadır. Kokunun türüne bağlı olarak sinir hücreleri farklı nörotransmitterler salgılar. Bu nörotransmitterler arasında endorfinler, noradrenalin ve serotonin bulunur. Üstelik koku alma duyusunun insan ruhu ve duygularıyla olan ilişkisi nedeniyle kokular, insanın bedenini, ruhunu, aynı zamanda geçmişteki anılarını da aynı anda etkileyebilmektedir. Aslında kokular insanın ruh halini değiştirebilir (Kyle, 2006). Düşük maliyetli, kullanımı kolay ve invaziv olmayan bir yöntem olduğundan doğum ağrısını hafifletmek için aromaterapi kullanılması önerilmektedir (Shaterian et al., 2022).

1.3.Doğum Ağrısında Kullanılan Aromaterapik Yağlar

1.3.1.Lavanta Aromaterapisi

Lavanta (*Lavandulaspp*) aromaterapide en sık kullanılan bitki türlerinden biridir (Vakilian et al., n.d.). Geleneksel tıpta uzun süredir kullanılan lavanta, Lamiaceae familyasına ait olup, acı tadı olan, uçucu yağlı esans içeren, otsu, aromatik ve yaprak dökmeyen bir bitkidir. Lavanta aromasının inhalasyonu, doğum sırasındaki kaygıyı azaltarak, kortizol salgısını azaltarak gastrointestinal sistem tarafından serotonin salgılanmasını arttırmaktadır (Mirzaei, Keshtgar, Kaviani, & Rajaeifar, 2009).

Lavanta yağının doğum ağrısını azaltmadaki etkisine ilişkin birçok çalışma yapılmıştır (Kazemina et al., 2020). Burns ve ark.nın 2007 yılında 8058 anne üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında; doğum sırasında ebelerin aromaterapik esansiyel yağlardan olan lavantayı kullandığı, bu yağ kullanımının annelerin korku ve kaygısını azalttığı, aynı zamanda epidural anestezi kullanımını da azalttığı bildirilmiştir (Burns, Zoppi, Panzeri, Oskrochi, & Regalia, 2007). Yapılmış olan başka iki ayrı

çalışmada da; lavanta esansiyel yağının doğum sırasındaki inhalasyonunun ağrı yoğunluğunu önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur (Vakilian et al., n.d.)(Ahmadi et al., 2013). Alavi ve ark (2010) yapmış oldukları çalışmalarında lavanta yağı inhalasyonu grubunda; doğumun neden olduğu ağrı yoğunluğunun müdahaleden sonraki 30 ve 60 dakika içinde önemli ölçüde azaldığını saptamışlardır (N. Alavi, Nemati, Kaviani, & Tabaie, 2010). Benzer şekilde lavanta esansiyel yağı ile Mohammadkhani ve ark (2012) yaptıkları çalışmalarında aromaterapi masajının doğumun aktif evresindeki ağrı skorunu önemli ölçüde azalttığını bildirmişlerdir (Mohammadkhani Shahri, Abbaspoor, Aghel, & Mohammadkhani Shahri, 2012). Janula ve ark (2015)'ı hem lavanta masajı aromaterapisinin hem de biofeedback terapisinin doğum sırasındaki ağrı düzeyini azalttığını, hatta lavanta aromaterapisinin etkisinin biofeedback terapisinden daha büyük olduğunu savunmuşlardır (Janula & Mahipal, 2015). Başka bir çalışmada, lavanta aromaterapi masajının, aromaterapi içermeyen masajlara kıyasla ağrı yoğunluğunu önemli ölçüde azalttığını bildirmişlerdir (Lamadah & Nomani, 2016). Yukarıda yer alan çalışmalarda görüldüğü gibi lavanta esansiyel yağının gebelikte çeşitli semptomları yönetmek, doğum ağrısında ağrı yoğunluğunu azaltmak, doğum sırasında stresi, kaygıyı azaltmak ve annenin rahatlamasını sağlamak için yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı bir alternatif tedavi yöntemi olduğu söylenebilir.

1.3.2.Gül Aromaterapisi

Rosadamasene veya Şam gülü, Avrupa ve Orta Doğu'nun belirli bölgelerinde Rosacea familyasına ait türlerden biri olup bitkisel ilaçlarda çeşitli amaçlarla kullanılmaktadır (Hamdamian et al., 2018). Gül özü bitkinin yapraklarının damıtılmasından elde edilmektedir. Aynı zamanda bu öz aromaterapide kullanılmaktadır (Boskabady, Shafei, Saberi, & Amini, 2011). Gül özünün anti-spazmodik, analjezik ve antiinflamatuvar etkileri (Boskabady et al., 2011) (Saadat, 2014) bulunmakta olup merkezi sinir sistemini etkilemektedir (Mohebitabar et al., 2017).Çalışmalarda, gül özünün kullanımında herhangi bir olumsuz yan etki bildirilmemiştir (Saadat, 2014) (Marofi, Sirousfard, Moeini, & Ghanadi, 2015). Hatta anne ve bebeklerde bu özün kullanımının kaygıyı azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir (Hamdamian et al., 2018).

Gül esansiyel yağının anti-spazmodik ve analjezik etkisi ile doğum alanında çok yaygın kullanıldığı bilinmektedir Bu esansiyel yağı ile banyo yapmak rahim ağzının açılması ve bağların yumuşamasında etkili olmaktadır Aynı zamanda kasılmalar arasında bu yağın kullanılmasının kan akışının artmasına, kalça üzerinde gevşetici etkisinin oluşmasına ve doğum sırasında

şakinleştirici etki oluşturmaya neden olmaktadır (Kheirkhah, Setayesh Valipour, Neisani, & Haghani, 2014b).

Nehbandani ve ark(2018)'nin lavanta esansiyel yağı ile gül esansiyel yağın karşılaştırdığı bir çalışmada; gül esansiyel yağın etkisinin doğum ağrısının azalmasında daha etkili olduğunu bildirmiştir (Nehbandani, Rezayee Kahkha Galeh, Bordbari, & Koochakzai, 2018). Vahaby ve ark(2016)'nın gül suyu ile yapmış oldukları çalışmalarında; deney grubunun doğum ağrısını hissetme yoğunluğunun, kontrol grubuna göre daha çok azaldığını bildirmişlerdir (Vahaby, Abedi, Afshari, Haghhighizadeh, & Zargani, 2016). Benzer bir şekilde yapılan bir başka çalışmada, gül aromaterapisinin doğum ağrısını azaltmadaki etkinliğini doğrulamıştır (Roozbahani, Attarha, Akbari Torkestani, Amiri Farahani, & Heidari, 2015).

1.3.3. Yasemin Aromaterapisi

Jasminofficinale olarak bilinen yasemin, Oleaceae familyasına ait bir türdür. (Arun, Satish, & Anima, 2016)(Hongratanaworakit, 2010). Mukhlis ve ark(2019)'nın doğum yapacak 40 primipar gebe ile yapmış olduğu çalışmada yasemin yağı masajı uygulanan deney grubunda doğumun birinci aşamasında doğum ağrısını azalttığını bildirmişlerdir (Mukhlis, Nurhayati, & Wandini, 2019). Yasemin özüyle yapılan bir başka çalışmada da; yasemin yağı aromaterapi masajının, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında doğumun ilk aşamasında ağrı şiddetini önemli ölçüde azalttığını saptanmıştır (Joseph & Fernandes, 2013). Yine Joseph ve ark (2017)'nin yasemin özüyle yapılan aromaterapi masajının, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında doğumun ilk aşamasında ağrı şiddetini önemli ölçüde azalttığını göstermiştir (A. Alavi et al., 2017).

1.3.4. Sardunya Aromaterapisi

Sardunya (Pelargoniumgraveolens), Geraniaceae familyasının bir üyesidir (Ennaifer, Bouzaïene, Chouaibi, & Hamdi, 2018). Pelargoniumgraveolens (gül sardunyası), Sardunya cinsine ait, 40-100 cm boyunda, gül kokusuna benzeyen otsu bir bitkidir. Hoş aromasının yanı sıra sardunya esansiyel yağının anti inflamatuvar, antidepresan, şakinleştirici, kaygı azaltıcı ve kas gevşetici özellikleri bulunmaktadır. Aynı zamanda sardunya kokusunun kan dolaşımını hızlandırmakta ve nefes almayı kolaylaştırmaktadır (Rashidi Fakari et al., 2015). Kim ve arkadaşları (2011), yapmış oldukları çalışmalarında; sardunya esansiyel yağının menstrüel kaygıyı azaltmada etkili bitkisel esanslardan biri olduğunu bildirmiştir (Kim, Lee, Yang, & Hur, 2011). Rashidi-Fakari ve Tabatabaeichehr(2015) tarafından yapılan araştırmada, doğumun ilk evresinde sardunya esansiyel yağı, portakal kabuğu

esansiyel yağı ile karşılaştırılmış ve sardunya yağı uygulanan grupta daha az kaygı düzeyi oluşturduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada araştırmacılar sardunya esansiyel yağının inhalasyonunun doğum kaygısını azaltmada anti-anksiyolitik etkisi olduğunu kanıtlamışlardır (Rashidi Fakari et al., 2015).

1.3.5.Papatya Aromaterapisi

Papatya, Asteraceae familyasının bir üyesidir. Günümüzde halk arasında ve geleneksel tıpta oldukça tercih edilen ve çok kullanılan şifalı bir bitkidir. Papatya anti-inflamatuvar ve antiseptik olarak ayrıca anti-spazmodik ve terlemeye yardımcı olarak kullanılmaktadır (Singh, Khanam, Misra, & Srivastava, 2011).

Heidarifard ve ark (2013)'ı papatya aromaterapisinin doğum ağrısı ve kaygıyı azaltmadaki etkin olduğunu bildirmişlerdir (Heidarifard, Fallah, Akbari, & Mojab, 2013). Yapılmış olan başka bir çalışmada papatya suyu kullanılarak yapılan aroma terapisinin doğum ağrısını hafiflettiğini ortaya koymuşlardır (Amir Ali Akbari & Mojab, 2015). Heidari-fard ve arkadaşları 2018 yılında İran'ın Zanzan kentindeki bir hastaneye başvuran 130 primipar (deney + kontrol) kadınla yapmış oldukları randomize kontrollü bir çalışmada; papatya özünü kullananlar da aromaterapinin doğum eyleminde kontraksiyonların süresi ve sayısı üzerinde etkisinin olmadığını, 5-7 cm dilatasyonda ise, kontraksiyonların şiddetini azalttığını, papatya özü kullanan kadınlarda doğum eylemine yönelik memnuniyetin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Heidari-fard, Mohammadi, & Fallah, 2018).

1.3.6.Narenciye Aromaterapisi

Narenciyeaurantium yağı aromaterapide yaygın olarak kullanılmaktadır. Acı portakal (C.aurantium) yağı, İran'ın kuzey ve güney bölgelerinde yetişen, genellikle 3-4 metre yüksekliğe ulaşan küçük çalılardan elde edilmektedir. Bu çalılardan çiçekleri sarımsı beyaz renkte kalın, sulu yapraklarla kokuludur. Yapraklarının yüzeyinde stoma adı verilen ve kolaylıkla görülebilen çok küçük açıklıklar bulunmaktadır. Bu açıklıklar bitkinin esansiyel yağı için çıkış yolları görevini görmektedir (Rakhshan & MirAbbasi, 2006). C. aurantium kullanılarak yapılan bir çalışmada; aromaterapinin katılımcıların doğum ağrısını azalttığını bildirmiştir (Namazi et al., 2014).

Rashidi Fakari ve arkadaşlarının (2013) 150 primipar gebe üzerinde aromaterapiden önce ve sonra ağrı şiddeti ölçülerek yapmış oldukları çalışmalarında; primipar gebelerde portakal yağının doğumun ilk aşamasındaki ağrı şiddeti üzerindeki etkilerini araştırılmış ve portakal

yağı kullanılan primpar gebelerde ağrılarının önemli derecede azalttığını saptamışlardır (Fakari et al., 2013).

1.3.7.Nane Aromaterapisi

Nane (*Menthapiperita*), Lamiaceae familyasının bir üyesidir. Nane esansiyel yağı, çiçeklerinin ve dallarının damıtılmasıyla üretilir. Güçlü bir aroma ve tada sahip, renksiz veya sarımsı yeşil bir sıvı olan nane esansiyel yağı, mentol, menton ve mentil asetat içermektedir. Ayrıca, nane esansiyel yağı ile inhalasyon aromaterapisi, hipotalamustan kortikotropin salgılayan hormon, hipofiz bezinden adrenokortikotropin ve adrenalenden kortizol salınımını azaltarak kaygıyı hafifletmektedir(Rahimi, Goli, Soltani, Rezaei, & Amouzesi, 2018). Özgöl ve ark. yapmış oldukları iki ayrı çalışmada nane aromaterapisinin doğum ağrısı ve kaygıyı azaltmadaki etkinliği doğrulamıştır (Giti Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, & Majd, 2013)(Gity Ozgoli et al., 2016). Literatürlerde nane aromaterapisi ile doğum ağrısını ölçen çok fazla çalışmaya ise rastlanmamıştır.

1.3.8.Karanfil Aromaterapisi

Aromaterapide kullanılan diğer bir bitki ise karanfildir. Karanfilin aktif maddesi (*Caryophyllusaromatikus L.*) öjenoldür ve antioksidan, analjezik, anti inflamatuvar ve antimikrobiyal etkilere sahiptir. GityOzgoli ve ark. nın; nane ve karanfil esansiyel yağı aromasının doğumun ilk evresindeki ağrının şiddeti ve anksiyete üzerine etkilerini karşılaştırmak amacıyla yapmış oldukları bir çalışmada; nane ve karanfilden oluşan iki grup arasında ağrı yoğunluğu ve anksiyete açısından anlamlı bir istatistiksel fark olduğu, karanfil aromaterapi grubundaki ağrı azalması, nane grubuna göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Gity Ozgoli et al., 2016). Doğum ağrısını hafifletmek için kullanılan karanfil yağı ile yapılan çalışmaların da nadir olduğu görülmektedir.

2.Sonuç

Doğumda kullanılan aromaterapiler, anksiyeteyi azaltabilir, gevşemeyi kolaylaştırabilir, anormal vajinal florayı düzenleyebilir ve doğum ağrısını hafifletebilir. Esansiyel yağların, masaj, akupunktur gibi diğer tamamlayıcı tedavilerle birleştirilmesi de bu tedavilerin kabul edilmesine katkı sağlayabilir. İncelenen çalışmalarda çoğu aromaterapinin doğumun ilk aşamasındaki ağrı ve kaygı düzeyi üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu gösterdiğinden, aromaterapinin kadınların doğum sırasındaki kaygı düzeyini azaltmada tamamlayıcı bir tedavi olarak yardımcı olabileceği, ancak bunun için daha fazla kanıtı ihtiyaç olduğu görülmektedir. Doğum ağrısının gücünü hafifletebilmek, mutlu bir olayı daha keyifli bir hale getirmek için düşük

maliyet, kullanım kolaylığı ve noninvazif yaklaşım, aromaterapiyi doğum ve doğum sırasında tamamlayıcı bakım için uygun bir seçenek haline getirmektedir. Ancak aromaterapinin herkes için aynı derecede etkili olmadığını ve bazı insanlar için alerjik reaksiyonlara veya hassasiyete neden olabileceğini unutmamak önemlidir. Bu nedenle aromaterapiyi kullanmadan önce bir uzmandan veya bu alanda yetişmiş olan bir sağlık profesyonelinin desteği alınması önemli olmaktadır. Sonuç olarak, aromaterapi doğum ağrısını hafifletmek ve doğum sürecini daha rahat hale getirmek için potansiyel olarak faydalı bir yöntem olabilir, ancak her birey için uygun olup olmadığını değerlendirmek önemlidir.

KAYNAKLAR

- Ahmadi, A., Karimi, S., Aj, N., & Javadi, A. (2013). The effect of lavender essence on labor pain in nulliparous women referred to kuosar hospital 2010. *Edrak J*, 32(10–9).
- Alavi, A., Askari, M., Nejad, E., & Bagheri, P. (2017). Study the effect of massage with jasmine oil in comparison to aromatherapy with jasmine oil on childbirth process in hospitals of Abadan city in 2013. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(4).
- Alavi, N., Nemati, M., Kaviani, M., & Tabaie, M. H. (2010). The effect of lavender aromatherapy on the pain intensity perception and intarapartum outcomes in primipare. *Armaghane Danesh*, 15(1), 30–37.
- Amir Ali Akbari, S., & Mojab, F. (2015). Effect of Matricaria Camomilla Aroma on Severity of first stage Labor Pain. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 4(3), 23–31.
- Arun, M., Satish, S., & Anima, P. (2016). Phytopharmacological profile of *Jasminum grandiflorum* Linn.(Oleaceae). *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 22, 311–320.
- Boskabady, M. H., Shafei, M. N., Saberi, Z., & Amini, S. (2011). Pharmacological effects of *Rosa damascena*. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences*, 14(4), 295.
- Burns, E., Zobbi, V., Panzeri, D., Oskrochi, R., & Regalia, A. (2007). Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(7), 838–844.
- Ennaifer, M., Bouzaïene, T., Chouaïbi, M., & Hamdi, M. (2018). Pelargonium graveolens aqueous decoction: A new water-soluble polysaccharide and antioxidant-rich extract. *BioMed Research International*, 2018.
- Esmaelzadeh-Saeieh, S., Rahimzadeh, M., Khosravi-Dehaghi, N., & Torkashvand, S. (2018). The effects of inhalation aromatherapy with *Boswellia carterii* essential oil on the intensity of labor pain among nulliparous women. *Nursing and Midwifery Studies*, 7(2), 45. https://doi.org/10.4103/nms.nms_70_17
- Fakari, F. R., Chehr, M. T., Fakari, F. R., Mortazavi, H., Kamali, H., & Tayebi, V. (2013). The effects of aromatherapy on pain of labor in nulliparous women. *J. North Khorasan Univ. Med. Sci*, 5, 363–370.
- Hall, H. G., Griffiths, D. L., & McKenna, L. G. (2011). The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. *Midwifery*, 27(6), 817–824.
- Hamdamian, S., Nazarpour, S., Simbar, M., Hajian, S., Mojab, F., & Talebi, A. (2018). Effects of aromatherapy with *Rosa damascena* on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor. *Journal*

of Integrative Medicine, 16(2), 120–125. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.joim.2018.02.005>

- Heidari-fard, S., Mohammadi, M., & Fallah, S. (2018). The effect of chamomile odor on contractions of the first stage of delivery in primipara women: A clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32, 61–64. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.04.009>
- Heidarifard, S., Fallah, S., Akbari, S. A. A., & Mojab, F. (2013). Evaluation of the effects of Matricaria chamomilla aroma on intensity of the labor pain in primiparous women in Emdadi Hospital of Abhar in 2013. *International Pharmacy Acta*, 1(1), 99–100.
- Hongratanaworakit, T. (2010). Stimulating effect of aromatherapy massage with jasmine oil. *Natural Product Communications*, 5(1), 1934578X1000500136.
- Janula, R., & Mahipal, S. (2015). Effectiveness of Aromatherapy and Biofeedback in Promotion of Labour Outcome during Childbirth among Primigravidas. *Health Science Journal*, 9(1).
- Joseph, R. M., & Fernandes, P. (2013). Effectiveness of jasmine oil massage on reduction of labor pain among primigravida mothers. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 3(04), 104–107.
- Kazeminia, M., Abdi, A., Vaisi-Raygani, A., Jalali, R., Shohaimi, S., Daneshkhan, A., ... Mohammadi, M. (2020). The Effect of Lavender (*Lavandula stoechas* L.) on Reducing Labor Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/4384350>
- Kheirkhah, M., Setayesh Valipour, N., Neisani, L., & Haghani, H. (2014a). A controlled trial of the effect of aromatherapy on birth outcomes using. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2(1), 77–82.
- Kheirkhah, M., Setayesh Valipour, N., Neisani, L., & Haghani, H. (2014b). A Controlled Trial of the Effect of Aromatherapy on Birth Outcomes Using “Rose Essential Oil” Inhalation and Foot Bath. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2(1), 77–82. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2013.2058>
- Kim, Y.-J., Lee, M. S., Yang, Y. S., & Hur, M.-H. (2011). Self-aromatherapy massage of the abdomen for the reduction of menstrual pain and anxiety during menstruation in nurses: a placebo-controlled clinical trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 3(3), e165–e168.
- Kyle, G. (2006). Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: results of a pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(2), 148–155.

- Lakhan, S. E., Sheaffer, H., & Tepper, D. (2016). The effectiveness of aromatherapy in reducing pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Research and Treatment*, 2016.
- Lamadah, S. M., & Nomani, I. (2016). The effect of aromatherapy massage using lavender oil on the level of pain and anxiety during labour among primigravida women. *Am J Nurs Sci*, 5(2), 37–44.
- Lee, S., Liu, C., Lu, Y., & Gau, M. (2013). Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), 19–28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x>
- Marofi, M., Sirousfard, M., Moeini, M., & Ghanadi, A. (2015). Evaluation of the effect of aromatherapy with Rosa damascena Mill. on postoperative pain intensity in hospitalized children in selected hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences in 2013: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(2), 247.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K., & Ashwill, J. (2021). *Maternal-child nursing-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Mertz, M. J., & Earl, C. J. (2018). Chapter 52 - Labor Pain Management. In D. Rakel (Ed.), *Integrative Medicine (Fourth Edition)* (Fourth Edition, pp. 526-534.e3). Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35868-2.00052-9>
- Mirzaei, F., Keshtgar, S., Kaviani, M., & Rajaeifar, A. R. (2009). The effect of lavender essence smelling during labor on cortisol and serotonin plasma levels and anxiety reduction in nulliparous women. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 16(3), 245–254.
- Mohammadkhani Shahri, L., Abbaspoor, Z., Aghel, N., & Mohammadkhani Shahri, H. (2012). Effect of massage aromatherapy with lavender oil on pain intensity of active phase of labor in nulliparous women. *Journal of Medicinal Plants*, 11(42), 167–176.
- Mohebitabar, S., Shirazi, M., Bioos, S., Rahimi, R., Malekshahi, F., & Nejabatkhsh, F. (2017). Therapeutic efficacy of rose oil: A comprehensive review of clinical evidence. *Avicenna Journal of Phytomedicine*, 7(3), 206.
- Mukhlis, H., Nurhayati, N., & Wandini, R. (2019). Effectiveness of Jasmine Oil (*Jasminum Officinale*) Massage on Reduction of Labor Pain Among Primigravida Mothers. *Malahayati International Journal of Nursing and Health Science*, 1(2), 47–52. <https://doi.org/10.33024/minh.v1i2.1590>
- Namazi, M., Akbari, S. A. A., Mojab, F., Talebi, A., Majd, H. A., & Jannesari, S. (2014). Effects of citrus aurantium (bitter orange) on the severity of first-stage labor pain. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research: IJPR*, 13(3), 1011.

- Nehbandanii, Z., Rezayee Kakhkha Galeh, M., Bordbari, M., & Koochakzai, M. (2018). Comparison the effects of aromatherapy with rose extract and lavender on the pain of the active phase of labor in primipara women. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 23(5), 45–54.
- Ozgoli, Giti, Aryamanesh, Z., Mojab, F., & Majd, H. A. (2013). A Study of Inhalation of Peppermint Aroma on the Pain and Anxiety. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 7(3).
- Ozgoli, Gity, Torkashvand, S., Salehi Moghaddam, F., Borumandnia, N., Mojab, F., & Minooee, S. (2016). Comparison of peppermint and clove essential oil aroma on pain intensity and anxiety at first stage of labor. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 19(21), 1–11.
- Rahimi, F., Goli, S., Soltani, N., Rezaei, H., & Amouzeschi, Z. (2018). Effects of Complementary Therapies on Labor Pain: A Literature Review. *Modern Care Journal*, 15(1), e69306. <https://doi.org/10.5812/modernc.69306>
- Rakhshan, E., & MirAbbasi, A. (2006). The effect of essence of Citrus aurantium on the electrophysiological properties of isolated perfused rabbit AV-node. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 8(2), 1–7.
- Rashidi Fakari, F., Tabatabaeichehr, M., Kamali, H., Rashidi Fakari, F., & Naseri, M. (2015). Effect of Inhalation of Aroma of Geranium Essence on Anxiety and Physiological Parameters during First Stage of Labor in Nulliparous Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 135–141. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.014>
- Roozbahani, N., Attarha, M., Akbari Torkestani, N., Amiri Farahani, L., & Heidari, T. (2015). The effect of rose water aromatherapy on reducing labor pain in primiparous women. *Complementary Medicine Journal*, 5(1), 1042–1053.
- Saadat, E. (2014). The effect of aromatherapy with rose oil on primary dysmenorrhea. *Complementary Medicine Journal*, 4(2), 787–797.
- Shaterian, N., Pakzad, R., Fekri, S. D., Abdi, F., Shaterian, N., & shojace, M. (2022). Labor Pain in Different Dilatations of the Cervix and Apgar Scores Affected by Aromatherapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Reproductive Sciences*, 29(9), 2488–2504. <https://doi.org/10.1007/s43032-021-00666-4>
- Singh, O., Khanam, Z., Misra, N., & Srivastava, M. K. (2011). Chamomile (*Matricaria chamomilla* L.): an overview. *Pharmacognosy Reviews*, 5(9), 82.
- Tabatabaeichehr, M., & Mortazavi, H. (2020). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(3), 449–458. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16>

- Tanvisut, R., Traisrisilp, K., & Tongsong, T. (2018). Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(5), 1145–1150. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4700-1>
- Vahaby, S., Abedi, P., Afshari, P., Haghhighizadeh, M. H., & Zargani, A. (2016). Effect of aromatherapy with rose water on pain severity of labor in nulliparous women: a random clinical trial study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 14(12), 1049–1060.
- Vakilian, K., Karamat, A., Mousavi, A., Shariati, M., Ajami, E., & Atarha, M. (n.d.). The effect of Lavender essence via inhalation method on labor pain. *J. Shahrekord University Med. Sci.* 2012; 14 (1): 34–40.
- Vitale, A. (2018). Use of Aromatherapy for Discomfort in Labor. *International Journal of Childbirth Education*, 33(2).

Kronik Yara İyileşmesinde Maggotların Etkisi

Ayşenur Dağlı¹

Serpil Yüksel²

Özet

Yara, fiziksel, kimyasal veya biyolojik bir ajan nedeniyle doku bütünlüğünün ve işlevinin bozulmasıdır. Yaralar, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte, morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Bu nedenle, uygulanan tedavi ve bakım girişimleri, yaraların hızlı iyileşmesini sağlayacak nitelik ve kalitede olmalı, iyileşmeyen yaraların yönetiminde teknolojik gelişmelerden yararlanılmalıdır. Yara iyileşmesi, bir organ ya da dokudaki hasarın onarılması için organizmanın verdiği birbiri içine geçmiş reaksiyonlar bütünüdür. Yara iyileşme sürecinde sık görülen erken ve geç dönem komplikasyonlar, morbidite ve mortalite oranlarını artırdığından yara iyileşmesinin sorunsuz gerçekleşmesi önemlidir. Kronik yara, üç aylık süreçte anatomik veya işlevsel iyileşmenin gerçekleşmediği yara olarak tanımlanmaktadır. Teknolojik gelişmelere rağmen, iyileşmeyen yaralar olarak da tanımlanan kronik yaraların tedavi ve bakımı önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Maliyetin yanında kronik yaralar, bireylerin sağlığını, yaşam kalitesini, çalışma, evini koruma, sosyalleşme ve topluma verimli ve anlamlı bir şekilde katılma yeteneğini olumsuz etkilemekte, morbiditelere ve yaşam kaybına neden olabilmektedir. Bu nedenle kronik yaraların tedavi edilmesi, kronik yaralarla ilişkili komplikasyonların önlenmesi önemlidir. Doğumdan beklenen yaşam süresinin uzamasına, obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların artışına paralel olarak kronik yaraların görülme sıklığının artması, bu yaraların tedavi ve bakımında standart geleneksel tedavilerden farklı yöntemlerden yararlanılmasını gündeme getirmiştir. Günümüzde, kronik yaraların tedavi ve bakımında ilaç tedavisinin yanı sıra, yarada bulunan nekrotik veya enfekte dokuyu uzaklaştırmak amacıyla çok sayıda farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu

1 MSc., 1Konya Şehir Hastanesi, Beyin Cerrahi Servisi, Konya, Türkiye, aysenurdagli06@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-4073-4829

2 Doç. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya, Türkiye, serpilyuksel77@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-6881-8288

yaklaşımlardan biri, yüzyıllardır kullanılmakta olan ve canlı yeşil sinek larvalarının yaralara uygulanmasını içeren maggot tedavisi veya bir diğer adıyla larval tedavidir.

1. Giriş

Tedavi ve bakımdaki tüm gelişmelere rağmen kronik yaralar dünya çapında bireylerin yaşam kalitesini azaltan, ciddi sakatlıklara ve yaşam kaybına neden olan ciddi sorunlardır (Naik ve Harding, 2017; Karaca Sivrikaya ve Erdem, 2019; Gazi ve ark., 2019). Üç aylık süreçte anatomik veya işlevsel iyileşmenin gerçekleşmediği yaralar, kronik yaralar olarak kabul edilmektedir (Coşkun ve ark., 2016; Welsh, 2017; Morris ve ark., 2023). Kronik yaralarda, yara iyileşme aşamalarından biri veya birkaçı bozulmuştur (Coşkun ve ark., 2016; Naik ve Harding, 2017; Morris ve ark., 2023). Kronik yaraların gelişmiş ülkelerdeki nüfusun % 1-2'sini etkilediği ve sağlık bütçelerinin % 3'ünün harcanmasına neden olduğu belirlenmiştir (Naik ve Harding, 2017; Morris ve ark., 2023). Doğumdan beklenen yaşam süresinin uzaması, Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon ve periferik arter hastalığı gibi hastalıkların insidansının artması kronik yaraların oluşma riskini de artırmaktadır (Morris ve ark., 2023). Zor iyileşen yaralar olarak da tanımlanan kronik yaraların tedavi ve bakımı, tüm dünyayı ilgilendiren önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (Sherman, 2009; Naik ve Harding, 2017; Gazi ve ark., 2019). Bu yaraların yıllık tedavi ve bakım maliyetinin 4.5-5.1 milyar Euro olduğu bildirilmiştir (Welsh, 2017). Sık görülen kronik yaralardan biri olan diyabetik ayak yaralarının ortalama tedavi maliyetinin hasta başına 1.400 dolardan fazla olduğu bildirilmiştir (Gazi ve ark., 2019). Maliyetin yanında kronik yaralar, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, morbiditelere ve yaşam kaybına neden olabilmektedir (Coşkun ve ark., 2016; Naik ve Harding, 2017; Karaca Sivrikaya ve Erdem, 2019). Kronik yarası olan bireylerin %30'undan fazlası yaşam kalitelerini azaltan psikolojik sorunlar da yaşamaktadırlar (Morris ve ark., 2023). Bu nedenle, kronik yaraların tedavi edilmesi ve kronik yaralarla ilişkili komplikasyonların önlenmesi önemlidir (Morris ve ark., 2023). Kronik yaraların görülme sıklığının artması, bu yaraların tedavi ve bakımında standart geleneksel tedaviler yerine yeni yöntemlerin uygulanmasını gündeme getirmiştir (Paul ve ark., 2009; Naik ve Harding, 2017; Gazi ve ark., 2019). Günümüzde, kronik yaraların tedavi ve bakımında ilaç tedavisinin yanı sıra, yarada bulunan nekrotik veya enfekte dokuyu uzaklaştırmak amacıyla çok sayıda farklı yöntem kullanılmaktadır (Naik ve Harding, 2017; Gazi ve ark., 2019). Uzun yıllardır kullanılmakta olan bu yöntemlerden biri, canlı yeşil sinek larvalarından elde edildiği için larval tedavi olarak da adlandırılan maggot tedavisidir (Paul ve ark., 2009;

Naik ve Harding, 2017; Bazaliński ve ark., 2019; Gazi ve ark., 2019). Maggot tedavisi, önemli bir klinik kullanım geçmişine sahip, başarısı kanıtlanmış bir kronik yara tedavi yöntemidir (Morris ve ark., 2023).

2. Maggot Tedavisi

Maggot (larva) tedavisi, *Lucilia sericata* ve *Lucilia cuprina* larvaları ile süpüratif deri enfeksiyonlarının ve yaraların tedavisinde kullanılan biyo-cerrahi bir yöntemdir (Paul ve ark., 2009; Uslu, 2022; Morris ve ark., 2023). Maggot tedavisinin yaradaki nekrotik dokuların debridmanını kolaylaştırarak iyileşmeyen yaraların tedavisinde yararlı olduğu uzun yıllardır bilinmektedir (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Mudge ve ark., 2014; Naik ve Harding, 2017; Bazaliński ve ark., 2019). Günümüzde maggot tedavisi, laboratuvar ortamında üretilen *Lucilia sericata* ve *Lucilia cuprina* larvaları ile yapılmaktadır (Paul ve ark., 2009; Stadler, 2019). 2004 yılında Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration-FDA), reçeteli olarak uygulanmak şartıyla, maggot tedavisinin yara bakımında kullanımına onay vermiştir (Bazaliński ve ark., 2019; Uslu, 2022). Aynı yıl İngiltere’de de maggot tedavisi onaylanmış (Stadler, 2019; Uslu, 2022), Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency-EMA) yara tedavisinde larvaların kullanılmasına izin vermiştir (Uslu, 2022). Ancak, geçen bunca zamana rağmen halen maggot tedavisine özgü evrensel olarak kabul edilmiş protokol ve rehberlerin bulunmaması, tedavinin tercih edilebilirliğini olumsuz etkilemektedir (Gulube ve Abdulrahim, 2023).

2.1. Dünya’da Maggot Tedavisi

St. Quentin savaşında Ambroise Paré, üzerinde kurtçuklar bulunan yaraların daha hızlı iyileştiklerini gözlemlemiştir (Naik ve Harding, 2017; Gazi ve ark., 2019; Uslu, 2022). Napolyon’un ünlü savaş cerrahı Dominique Jean Larrey de 1829 yılında yeşil sinek larvalarının yaraları iyileştirdiğini, bu larvaların nekrotik dokuyu temizleyerek yara iyileşmesini hızlandırdığını, canlı dokuya zarar vermediğini gözlemlediğini bildirmiştir (Naik ve Harding, 2017; Uslu, 2022). Maggotların yara iyileşmesindeki yararlı etkisi ilk kez 16. yüzyılda Ambroise Paré tarafından gösterilmiş olmasına rağmen bu yöntem yara tedavi yöntemi olarak ilk kez John Forney Zacharias tarafından Amerikan İç Savaşı’nda (1861-1865) uygulanmıştır (Gazi ve ark., 2019, Uslu, 2022). Ancak, Zacharias’ın bazı hastaları maggot tedavisi sırasında gelişen tetanoz ve gazlı gangren gibi enfeksiyonlardan yaşamını kaybetmiştir (Gazi ve ark., 2019). Amerikan İç Savaşı’nda konfederasyon cerrahı olarak görevli olan Joseph Jones da, kurtçuklar tarafından iyice temizlenen bir enfekte yaranın, kendi başına bırakıldandan daha hızlı iyileştiğini belirtmiştir (Naik ve

Harding, 2017). Robert Koch ve Louis Pasteur'un mikrop teorisi nedeniyle maggot terapi 19. yüzyılda popüleritesini yitirmiş, I. Dünya Savaşı sırasında yeniden uygulanmaya başlanmıştır (Gazi ve ark., 2019). Askeri ortopedist olan William Baer'in, yarada oluşan klostridial enfeksiyonları yaymayacak sterilize maggotlar üreterek kronik bacak ülserli ve osteomyelitli hastaları tedavi etmesi ile larval tedavi 1930'larda yaygınlaşmıştır (Naik ve Harding, 2017; Bazaliński ve ark., 2019; Uslu, 2022). Ancak, antibiyotiklerin tercih edildiği 1940'lı yıllarda kullanımı azalmış (Mumcuoğlu ve Özkan 2009; Naik ve Harding, 2017; Bazaliński ve ark., 2019; Morris ve ark., 2023), ilaç dirençli mikroorganizmaların artması nedeniyle 1980'li yılların sonunda yeniden kullanılmaya başlanmıştır (Gazi ve ark., 2019; Uslu, 2022; Morris ve ark., 2023). Ünlü cerrah Duncan McKeever larvaları kronik osteomyelit tedavisinde uygulamıştır (Naik ve Harding, 2017). Maggot tedavisinin yararına inan Ronald Sherman, 1990 yılında steril larva üretmek için küçük bir tesis kurmuş ve omurilik yaralanmalı hastalarda açılan basınç yaralanmalarının tedavisinde larvaları kullanmış, larvaları yerleştirdiği yaralarda nekrotik dokunun daha hızlı uzaklaştığını ve iyileşme süresinin kısaldığını belirlemiştir (Naik ve Harding, 2017). 1995 yılında ilk Larval Terapi Araştırma Birimi Dr. Stephen Thomas tarafından açılmıştır (Sherman, 2009; Naik ve Harding, 2017). Larval tedaviyi yaygınlaştırmak amacıyla 1996 yılında Uluslararası Biyoterapi Derneği (International Biotherapy Society) kurulmuştur (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009).

2.2. Türkiye'de Maggot Tedavisi

Maggot tedavisi, 2002 yılından itibaren Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde, 2008 yılından itibaren de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalında uygulanmaya başlanmıştır (Tanyüksel ve ark., 2005; Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Coşkun ve ark., 2016). Bu merkezlerde üretilen steril larvalar hastalarını bu yöntemle tedavi etmek isteyen hekimlere uygun koşullarda yollanmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009).

2.3. Maggotların Elde Edilmesi

Maggot tedavisinde genellikle yeşil şişe camı sineği olarak da adlandırılan *Lucilia sericata* larvaları kullanılmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Naik ve Harding, 2017; Bazaliński ve ark., 2019). Larva elde etmek için sinekler %20 glukoz solüsyonu ile beslenmekte, et ve ciğer parçaları verilerek yumurtlamaları sağlanmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009). Sonra, yumurtalar toplanarak yüzeyleri dezenfekte edilmekte ve steril besi yerlerine aktarılmakta, 2-36 saat sonra yumurtadan çıkan larvalar besi yerinden alınarak, tedavide kullanılmak

üzere steril kaplara konulmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Bazaliński ve ark., 2019). Steril larvalar 5-8 °C'de saklanırsa ortalama beş gün canlı kalabilmektedirler (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009).

2.4. Maggot Tedavisinin Uygulanması

Maggot tedavisi, genellikle şeffaf biyolojik poşet pansumanlar (biobag) veya kafes şeklindeki pansumanlar ile uygulanmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Naik ve Harding, 2017; Uslu, 2022). Pansuman yerleştirilmeden önce yaranın etrafına çinko bariyer krem veya stoma pastası uygulanması önerilmektedir (Bazaliński ve ark., 2019). Kafes pansumanlarda, yapışkan hidrokolloid malzemeler yaraya göre kesilmekte ve yara açıkta kalacak şekilde kenarları bu madde ile çerçevelenmektedir (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009). Steril bir parça naylon veya dakron ince tül yaradan biraz geniş kesilmekte ve hidrokolloid çerçeveye bir ucu açıkta kalacak şekilde yapışkan bantlarla tutturulmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009). Larvalar tülün açıkta kalan ucundan yaraya bırakıldıktan sonra bu kısım da kapatılmakta, drenajı sağlamak amacıyla tülün üzerine steril tamponlar yerleştirilmektedir (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Mumcuoğlu ve Özkan, 2015). Tül, larvaların hava almasına olanak sağladığı gibi eriyen nekroze dokunun drenajını da kolaylaştırmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009). Şeffaf poşet pansuman yönteminde ise maggotlar, çay poşetinde olduğu gibi, 0.5 mm kalınlığında özel bir materyalden yapılmış iki tül parçası arasına konmakta ve poşetin ağzı yapıştırılmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Naik ve Harding, 2017; Bazaliński ve ark., 2019). Poşetlerin geçirgen olması hem larvaların kolaylıkla beslenmesini sağlamak hem de larvaların debridman sağlayan salgılarının yaraya geçişine izin vermektedir (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009). Bu yöntemde, poşetler yara yatağına yerleştirildikten sonra sabit kalması amacıyla gazlı bez ya da bandajla sarılmakta, üç veya dört gün yara kalabilmektedir (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Sherman ve ark., 2009; Naik ve Harding, 2017). Tedavi sürecini hızlandırmak için büyük nekrotik dokular cerrahi debridman ile uzaklaştırılmalı, canlı dokuların üzerindeki pürülan materyal ise maggotlarla debride edilmelidir (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009). Her maggot uygulanmasında, yaranın durumu, nekroz varlığı, drenaj miktarı, pürülan akıntı ve kötü koku durumu değerlendirilmeli ve kaydedilmeli, iyileşme sürecini takip edebilmek için yaranın resmi çekilmelidir (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Bazaliński ve ark., 2019).

2.4. Maggot Tedavisinin Yara İyileşmesine Etkisi

Maggotların yara iyileşmesindeki etkisi, nekrotik dokunun debridmanı, bakterisidal ve bakteriyostatik aktivite yani yara dezenfeksiyonu ve büyüme

faktörlerinin salınımı olmak üzere üç başlıkta ele alınmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Bazaliński ve ark., 2019; Gulumbe ve Abdulrahim, 2023; Morris ve ark., 2023). Bu etkiler, larvaların sahip olduğu ekstrakorporal sindirimin bir sonucudur (Morris ve ark., 2023).

2.4.1. Nekrotik Dokunun Debridmanı

Debridman, yaradan ölü, hasarlı veya enfekte dokuların uzaklaştırılmasıdır (Naik ve Harding, 2017). Cerrahi, otolitik, mekanik, enzimatik veya biyolojik olmak üzere farklı debridman türleri bulunmaktadır (Coşkun ve ark., 2016; Naik ve Harding, 2017). Maggot tedavisi ile hem mekanik hem de biyolojik debridman yapılabilmektedir (Naik ve Harding, 2017; Gulumbe ve Abdulrahim, 2023). Mekanik debridman, maggotların ağız kancaları ve nekrotik dokuyu çizen pürüzlü gövdeleri ile (Mumcuoğlu ve Özkan, 2015; Naik ve Harding 2017), biyolojik debridman ise salgıladıkları enzimler ile nekrotik dokuyu parçalamaları ile sağlanmaktadır (Naik ve Harding, 2017; Bazaliński ve ark., 2019; Gulumbe ve Abdulrahim, 2023). Yapılan çalışmalar, maggotların sağlıklı dokuya zarar vermeden nekrotik dokuyu debride ettiğini (Naik ve Harding, 2017; Bazaliński ve ark., 2019; Morris ve ark., 2023), maggot tedavisinin basınç yaralanmalarının (Sherman ve ark., 2014) ve diyabetik ayak yaralarının (Paul ve ark., 2009) debride edilmesinde geleneksel tedavilerden daha etkili olduğunu göstermiştir.

Maggotların ağız kancalarını kullanarak lezyonun etrafında hareket etmesi debridmanı kolaylaştırmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Mumcuoğlu ve Özkan, 2015; Bazaliński ve ark., 2019). Ayrıca maggotlar, laminin ve fibronektin başta olmak üzere hücre dışı matriksin bileşenlerini bozan proteolitik enzimler de salgılamaktadırlar (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Coşkun ve ark., 2016; Bazaliński ve ark., 2019). Örneğin, nekrofaq bir tür olan *Lucilia sericata* larvası, nekrotik dokuyu sindirmek ve parçalamak için proteolitik, glikolitik, lipolitik ve nükleaz enzimlerinden oluşan karmaşık bir salgı salgılamaktadır (Morris ve ark., 2023). Wang ve ark. (2010), maggot uygulanan yarada granülasyon dokusu oluşuktan sonra nekrotik doku ve pürülan sekresyon miktarının azaldığını, iyileşmenin hızlandığını saptamıştır. Benzer şekilde Dumville ve ark. (2009) da, nekrotik arteriyel ve venöz bacak ülser olgularında maggot tedavisi ile daha hızlı debridman sağlandığını belirlemiştir. Gazi ve ark. (2019), 69 yaşındaki kadın hastada son üç ayda gittikçe genişleyen ve derinleşen basınç yarasının maggot tedavisi öncesi ve üç günlük tedaviden sonraki durumunu değerlendirmişler, maggot tedavisi ile nekrotik dokunun temizlendiğini bildirmişlerdir. Benzer çalışmalarda da, maggot tedavisi uygulanan olguların çoğunluğunda tam bir yara debridmanının sağlandığı ve etkili bir debridman yöntemi olduğu,

hidrojel örtülerle kıyaslandığında maggotların debridmanı daha kısa sürede tamamladığı bildirilmiştir (Dumville ve ark., 2009; Mudge ve ark., 2014).

2.4.2. Bakterisidal ve Bakteriyostatik Aktivite (Dezenfeksiyon)

İlk kez Simmons (1935) steril olmayan yeşil sinek larvalarının yıkanmasıyla elde edilen sıvıların önemli düzeyde antimikrobiyal özellikler sergilediğini; Pavillard ve Wright (1957) ise maggot salgılarının *Staphylococcus aureus*'a karşı aktif olduğunu belirlemişlerdir (Mudge ve ark., 2014; Gulumbe ve Abdulrahim, 2023). Wang ve ark. (2010), maggotların tedavisi zor olan yaralarda antibiyotik dirençli bakterilerin oluşumunu engellediklerini bildirmiştir. Maggot salgılarının hem Metisiline Dirençli *Staphylococcus Aureus* (MRSA) hem de biyofilm üreten bakterilere karşı etkili olan specin B, defensin A, lucifensinler, seraticinin, alloferon I ve II gibi antimikrobiyal bileşenleri içerdiği ve geniş spektrumlu aktivite gösterdikleri bilinmektedir (Bowling ve ark., 2007; Bazaliński ve ark., 2019; Gulumbe ve Abdulrahim, 2023; Morris ve ark., 2023). Bunlardan lucifensinin gram pozitif bakterilere karşı daha fazla antimikrobiyal aktivite gösterdiği bildirilmiştir (Bowling ve ark., 2007). Bowling ve ark. (2007), yarasında MRSA üremiş olan 13 Diyabetes Mellitus hastası ile yaptığı bir çalışmada, ortalama üç maggot tedavisinden sonra MRSA kolonizasyonunun, bir hasta hariç diğerlerinde (%92) ortadan kalktığını saptamıştır. Maggotlar, antibakteriyel maddelerin yanı sıra, bakterileri sindirebilen çeşitli proteolitik enzimler de salgılamaktadırlar (Zerek ve ark., 2019; Gulumbe ve Abdulrahim, 2023). Larvaların sindirim kanalının değişen pH'sı da bakterilerin lizisinde etkili olmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Mumcuoğlu ve Özkan, 2015). Zerek ve ark. (2019), *Lucilia sericata* larva salgılarının gram-negatif bakteriler ile kıyaslandığında gram-pozitif bakteriler üzerinde daha fazla inhibisyon etkisi oluşturduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada, *Lucilia sericata* ve diğer sineklerin larva salgılarında *Escherichia coli*'ye karşı antibakteriyel etki oluşmadığı da belirtilmiştir (Zerek ve ark. 2019). Bir meta-analiz çalışmasında, maggot tedavisinin kronik yaralarda oluşan bakteriyel biyofilmlerin tedavisinde ve yara yatağındaki nekrotik dokunun debridmanında etkili olduğu belirlenmiştir (Morris ve ark., 2023). Larvaların salgıladığı enzimlerin biyofilm tabakasını bozması, alttaki bakterilerin açığa çıkmasına ve antimikrobiyal tedavilerin daha etkin olmasına olanak sağlamaktadır (Gulumbe ve Abdulrahim, 2023).

2.4.3. Büyüme Faktörlerinin Salınımı

Maggotların salgılarında, amonyum, üre, allantoin, L-histidin, 3-guanidinopropionik asit ve L-valinol amino asitler gibi granülasyonu

ve angiogenezi uyaran kimyasallar bulunmaktadır (Zhang ve ark., 2010a; Zhang ve ark., 2010b; Bazaliński ve ark., 2019). Ayrıca, maggot salgılarında bulunan kalsiyum karbonat, yaranın pH'ını asitten nötral ya da hafif alkaliye çevirerek de granülasyonu uyarmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Zhang ve ark., 2010a). Maggotların yara üzerinde sürekli gezinmesi de canlı dokuları mekanik olarak uyararak, granülasyon gelişimine yardımcı olmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Mumcuoğlu ve Özkan, 2015). Yapılan çalışmalarda, maggotların büyüme faktörlerinin salınımını uyardığı (Sherman, 2014), granülasyon dokusunu arttırdığı (Zhang ve ark., 2010a; Sherman, 2014), fibroblastların ve endotelial dokunun çoğalmasını sağladığı, anjiyogenezi (Zhang ve ark., 2010a) ve sinir doku rejenerasyonunu uyardığı saptanmıştır (Zhang ve ark., 2010b).

2.5. Maggot Tedavisinin Yan Etkileri

Maggot tedavisi ile ilgili ciddi yan etki veya sorunun bildirildiği çalışma bulunmamaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Gulumbe ve Abdulrahim, 2023). Maggot ile tedavi edilme fikri hastalarda psikolojik rahatsızlığa veya estetik kaygılara neden olabilmektedir (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Coşkun ve ark., 2016; Bazaliński ve ark., 2019; Gulumbe ve Abdulrahim, 2023). Bu psikolojik bariyer, kültürel algılardan, kişisel fobilerden veya tedavinin alışılmadık doğasından kaynaklanabilir (Gulumbe ve Abdulrahim, 2023). Daha önce tedavi edilenlerin fotoğrafları gösterilerek, tedavinin avantajları hakkında doğru bilgilendirilerek ve konu ile ilgili kaynak gösterilerek hastalar tedaviye ikna edilebilir (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Sherman, 2009; Sherman, 2014). Yarada gezinen maggotlar, gıdıklanma ya da kaşınma hissine neden olabilmektedirler (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Coşkun ve ark., 2016). Yüzeysel ve ağırlı yarası olan hastaların yaklaşık %20-25'inde maggot tedavisi sırasında analjezik gereksinimini artıran ağrı oluşmuş (Bazaliński ve ark., 2019), ancak tedavinin kesilmesine neden olacak şiddette ağrı oluşmamıştır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009; Bazaliński ve ark., 2019). Şu ana kadar maggotlara ilişkin herhangi bir alerjik reaksiyon bildirilmemiştir (Sherman, 2009; Sherman, 2014). Warfarin gibi antikoagülan tedavi kullanan hastalarda kanama riskini artırdığı için dikkatli uygulanması önerilmektedir (Naik ve Harding 2017).

Sonuç ve Öneriler

Kronik yaralar, dünya genelinde insidansı giderek artan, tedavi ve bakım maliyeti yüksek bir sorundur. Bu yaraların tedavi ve bakımında geleneksel yöntemlerden farklı biyomedikal yöntemlere gereksinim vardır. Bu yöntemlerden biri, laboratuvar ortamında steril olarak üretilen yeşil sinek

larvaları ile yapılan maggot tedavisidir. Kronik yaralara uygulanan maggotlar, nekrotik ve enfekte dokuların yaradan uzaklaştırılmasını sağlayarak, yarayı dezenfekte ederek ve büyüme faktörleri salgılayarak yara iyileşmesini hızlandırmaktadır. Hasta deneyimlerinin belirlendiği, tedavi sonuçlarının kanıt temelli olarak ortaya konulduğu nitelikli çalışmalar, maggot tedavisinin yaygınlaşmasını sağlayacağından önemlidir.

KAYNAKLAR

- Bazaliński, D., Kózka, M., Karnas, M., Więch, P. (2019). Effectiveness of chronic wound debridement with the use of larvae of *Lucilia sericata*. *Journal of Clinical Medicine*, 8(11), 1845. <https://doi.org/10.3390/jcm8111845>
- Bowling, F. L., Salgami, E. V., Boulton, A. J. (2007). Larval therapy: A novel treatment in eliminating methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from diabetic foot ulcers. *Diabetes Care*, 30(2), 370-371. <https://doi.org/10.2337/dc06-2348>
- Coşkun, Ö., Uzun, G., Dal D, Yıldız, Ş., Sönmez, Y. A., Yurttaş, Y., et al. (2016). Kronik yarada tedavi yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58(2), 207-228.
- Gazi, U., Özkan, A.T., Mumcuoğlu, K.Y. (2019). Larval terapi ve kronik yaralar. *J Biotechnol and Strategic Health Res*, 3(Özel Sayı),55-60. <https://doi.org/10.34084/bshr.536577>
- Dumville, J. C., Worthy, G., Soares, M. O., Bland, J. M., Cullum, N., Dowson, C., et al. (2009). VenUS II: a randomised controlled trial of larval therapy in the management of leg ulcers. *Health Technology Assessment*, 13(55), 1-220. <https://doi.org/10.3310/hta13550>
- Gulumbe, B. H., Abdulrahim, A. (2023). Pushing the frontiers in the fight against antimicrobial resistance: the potential of fecal and maggot therapies. *Future Science OA*, 9(10), FSO899. <https://doi.org/10.2144/fsoa-2023-0089>
- Karaca Sivrikaya, S., Erdem, G. (2019). Kronik hastalıklarda yara bakımı. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(2): 99-104.
- Morris, D., Flores, M., Harris, L., Gammon, J., Nigam, Y. (2023). Larval therapy and larval excretions/secretions: A potential treatment for biofilm in chronic wounds? A systematic review. *Microorganisms*, 11(2), 457. <https://doi.org/10.3390/microorganisms11020457>
- Mumcuoğlu, K. Y., Özkan, A. T. (2009). Süpüratif kronik yaraların maggot debridman tedavisi. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 33(4), 307-315.
- Mumcuoğlu, KY, Özkan, AT. (2015). Dünyada maggot tedavisi. Editörler, Tanyüksel, M., Mumcuoğlu, K.Y., *Multidisipliner Yaklaşımlı Biyolojik Tıbbi Doğal Tedaviler- Biyoterapi, (Apiterapi, Hirudoterapi, Maggot Tedavi ve İhtiyoterapi)*. Parazitoloji Derneği Yayın No: 25, İzmir: Meta Basım, 327-334.
- Mudge, E., Price, P., Neal, W., Harding, K. G. (2014). A randomized controlled trial of larval therapy for the debridement of leg ulcers: Results of a multicenter, randomized, controlled, open, observer blind, parallel group study. *Wound Repair and Regeneration*, 22(1), 43-51. <https://doi.org/10.1111/wrr.12127>

- Naik, G., Harding, K. G. (2017). Maggot debridement therapy: the current perspectives. *Chronic Wound Care Management and Research*, 4, 121-128. <https://doi.org/10.2147/CWCMR.S117271>
- Paul, A. G., Ahmad, N. W., Lee, H. L., Ariff, A. M., Saranum, M., Naicker, A. S., et al. (2009). Maggot debridement therapy with *Lucilia cuprina*: A comparison with conventional debridement in diabetic foot ulcers. *International Wound Journal*, 6(1), 39-46. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2008.00564.x>
- Sherman, R.A. (2009). Maggot therapy takes us back to the future of wound care: New and improved maggot therapy for the 21st century. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 3(2), 36-34. <https://doi.org/10.1177/193229680900300215>
- Sherman, R.A. (2014). Mechanisms of maggot-induced wound healing: what do we know, and where do we go from here? *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, Article ID 592419. <https://doi.org/10.1155/2014/592419>
- Stadler, F. (2019). The maggot therapy supply chain: A review of the literature and practice. *Medical and Veterinary Entomology*, 34(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/mve.12397>
- Tanyuksel, M., Araz, E., Dundar, K., Uzun, G., Gumus, T., Alten, B. et al. (2005). Maggot debridement therapy in the treatment of chronic wounds in a military hospital setup in Turkey. *Dermatology*, 210(2), 115-118. <https://doi.org/10.1159/000082566>
- Uslu, U. (2022). Larva debridman tedavisinin tarihçesi. Editörler, Tekin, A., Doğruman Al, F., Mumcuoğlu K.Y., *Larva Debridman Tedavisi Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 1236, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 14-21.
- Wang, S. Y., Wang, J. N., Lv, D. C., Diao, Y. P., Zhang, Z. (2010). Clinical research on the bio-debridement effect of maggot therapy for treatment of chronically infected lesions. *Orthopaedic Surgery*, 2(3), 201-206. <https://doi.org/10.1111/j.1757-7861.2010.00087.x>
- Welsh, L. (2018). Wound care evidence, knowledge and education amongst nurses: A semi-systematic literature review. *International Wound Journal*, 15(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/iwj.12822>
- Zhang, Z., Wang, S., Diao, Y., Zhang, J., Lv, D. (2010a). Fatty acid extracts from *Lucilia sericata* larvae promote murine cutaneous wound healing by angiogenic activity. *Lipids in Health and Disease*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1476-511X-9-24>
- Zhang, Z., Wang, S., Tian, X., Zhao, Z., Zhang, J., Lv, D. (2010b). A new effective scaffold to facilitate peripheral nerve regeneration: Chitosan tube

coated with maggot homogenate product. *Medical Hypotheses*, 74(1), 12-14. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.07.053>

Zerek, A., Yaman, M., Güçlü, F. (2019). Antibacterial activity of muscid and myiasis flies larval secretions. *Van Veterinerlik Dergisi*, 30(2),77-80.

Sağlık Alanında ve Hemşirelikte Kahkaha Terapisinin Kullanılması

Elif Üner¹

Özet

Kahkaha, genellikle sevinç veya eğlenceyi ifade eden, sıkça kendiliğinden gelen bir tepki olan ve genellikle yüksek sesle gülme şeklinde kendini gösteren doğal bir davranıştır. Bilim dünyasında, kahkahanın olumlu etkileri ve uygulamaları üzerine yapılan araştırmalar uzun bir geçmişe sahiptir. Kahkaha terapisi veya gülme yogası olarak da bilinen bir terapi türü, pozitif duygusal tepkileri bilinçli olarak teşvik eder. Bu terapi, fiziksel egzersizler, göz teması kurma, çocuksu oyunlar ve ritmik el çırpma gibi çeşitli aktiviteleri içerir. Kahkaha terapisi seansları, genellikle haftada en az iki kez olmak üzere, 20-30 dakikalık sürelerle en az sekiz hafta boyunca yapılır. İlk sekiz hafta sonrasında terapötik etkiyi değerlendirmek için bir değerlendirme yapılır. Kahkaha terapisinin temel amaçları çok yönlüdür. Kişilere yaşamın zorluklarıyla başa çıkmalarında yardımcı olmayı, stres seviyelerini azaltmayı, duygusal dengeyi yeniden sağlamayı ve genel ruh hali ve canlılığı yükseltmeyi hedefler. Özellikle düşük maliyetli ve yan etkileri neredeyse hiç olmayan evrensel bir tedavi yöntemi olarak kabul edilir. Kahkaha terapisinin sağlık ve yaşam kalitesi üzerindeki potansiyel faydaları dikkat çekicidir. Gülmenin insanların mutluluğunu, rahatlığını ve sosyal bağlarını artırabileceğine inanılırken, fiziksel sağlığı da olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Geleneksel gülme deneyimlerini modern terapötik yaklaşımla birleştirerek bu terapi türü, sağlığı ve genel yaşam kalitesini artırma potansiyeline sahiptir. Sonuç olarak, kahkaha terapisi, sağlık ve duygusal iyi olma üzerindeki etkisini ortaya koymak için kahkahanın doğal ve bulaşıcı gücünden faydalanır. Fiziksel, duygusal ve sosyal unsurların eşsiz bir birleşimi, bu terapinin, farklı geçmişlere sahip bireylerin tümünün sağlığını teşvik etme ve yaşam kalitesini artırma konusunda umut verici bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda çalışma, sağlık alanında ve hemşirelikte kahkaha terapisinin kullanılmasını açıklamak amacıyla hazırlanmıştır.

1 Muğla sıtkı koçman Üniversitesi, Fethiye sağlık bilimleri fakültesi, hemşirelik bölümü, halk sağlığı hemşireliği ABD, elifuner@mu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2546-7048>

Giriş

Gülme, insanlığın en temel ve evrensel davranışlarından biri olarak kabul edilir. Birçok kültürde, dil sınırlarını aşan bir ifade biçimi olarak kabul edilen gülme, insanlar arasında bağlar oluşturan, stresi azaltan ve ruh halini iyileştiren bir süreçtir (Ayisire et al., 2022). Ancak gülme, sadece hoş bir duygu ifadesi olmanın çok ötesindedir; fizyolojik ve psikolojik sağlık üzerinde derin etkilere sahip olduğu artan bir şekilde kabul edilmektedir (Garcia et al., 2023).

Gülmenin insan vücudu üzerindeki etkileri oldukça etkileyicidir. Kahkaha atarken vücut, kaslarını hareket ettirir, solunumu hızlandırır ve beynin kimyasal dengesini değiştirerek mutluluk hormonları olarak bilinen endorfinlerin salınımını artırabilir. Bu fizyolojik reaksiyonlar, insanların kendilerini daha iyi hissetmelerine ve pozitif bir ruh hali deneyimlemelerine katkı sağlar. Bu nedenle gülme, insan yaşam kalitesini artırabilecek doğal bir mutluluk kaynağı olarak kabul edilmektedir (Braniecka et al., 2022; Demir Doğan, 2020). Gülme ve kahkaha üzerine yapılan araştırmalar, uzun bir tarihsel geçmişe sahiptir ve çok çeşitli perspektiflerden ele alınmıştır. Bu çalışmalar, gülmenin evrimsel ve kültürel kökenlerini anlamak, insan davranışının karmaşıklığını keşfetmek ve duygusal sağlıkla fiziksel sağlık arasındaki bağlantıları incelemek için önemli bir temel oluşturur. Gülme, kişilerarası ilişkilerin temel bir bileşeni olarak kabul edilirken, grup bağlarını güçlendirmekte ve stresle başa çıkmada kritik bir rol oynamaktadır (Akimbekov & Razzaque, 2021).

Kahkaha terapisi ve gülmek, modern tıp ve psikoloji alanlarında daha fazla kabul görmeye başlamış ve insanların yaşam kalitesini artırmak için önemli bir araç olarak kullanılmıştır. Hemşireler tıbbi prosedürlere ek olarak hastaların duygusal ihtiyaçlarına ve genel yaşam kalitelerine de önem verirler (Bennett et al., 2020). Hemşirelik eğitimi sırasında, genellikle gülme veya şaka yapmanın profesyonellekle çeliştiği düşünülürdü. Ancak, insan sağlığı sadece fiziksel olarak iyileştirme süreci değildir. Ruhsal ve duygusal ihtiyaçlar da büyük önem taşır. Bu nedenle, hemşirelerin hastalarıyla kurdukları ilişkilerde mizahın yerine getirdiği rolü anlamaları ve değer vermeleri önemlidir (Tanaka, Tokuda & Ichihara, 2018). Mizah, hastaların stresini azaltabilir, ruh hallerini iyileştirebilir ve tedavi sürecine olumlu bir katkıda bulunabilir. Ancak mizahın kullanılması, hastaların duyarlılığına ve tercihlerine saygı göstererek dikkatli bir şekilde yapılmalıdır (Kfrerer et al., 2023).

Hemşireler, hastaların fiziksel ve duygusal iyiliklerine odaklanmanın yanı sıra, kahkaha terapisi gibi yöntemleri kullanarak hastaların ruh halini

yükseltebilirler. Gülen yüzlerin ve pozitif enerjinin sağlık bakımının önemli bir parçası olduğunu anlamak, hemşirelerin hastalarına daha kapsamlı bir bakım sunmalarına yardımcı olabilir (De Francisco ve ark., 2019). Kahkaha Terapisi, sağlık bakımının insan odaklı bir yaklaşımını teşvik eder ve hastaların iyileşme süreçlerine olumlu bir katkı sağlar. Hemşirelerin bu terapiyi kullanarak hastalarına umut ve neşe getirmesi, tedavi süreçlerini daha tatmin edici ve etkili hale getirebilir (Morishima et all., 2019). Bu bağlamda çalışma, sağlık alanında ve hemşirelikte kahkaha terapisinin kullanılmasını açıklamak amacıyla hazırlanmıştır.

Kahkaha Terapisi

Kahkaha, “yüksek sesle gülmek” anlamına gelirken, gülmenin kelime anlamı kişinin hoşuna giden veya garip bulunduğu olaylar veya durumlar karşısında sesli bir biçimde duygusunu ifade etmesidir (Akimbekov & Razzaque, 2021). Bu doğal davranış, insanların içsel duygusal durumlarını ve düşüncelerini yansıtan bir özelliğe sahiptir. Gülme sadece bir duygu ifadesi olmakla kalmaz, aynı zamanda fizyolojik etkilere de sahip bir davranıştır. Gülme esnasında vücut, kaslarını kullanır, solunumu hızlandırır ve beyin kimyasındaki değişikliklerle birlikte endorfinlerin salınımını artırabilir. Bu nedenle gülme, insanların kendilerini daha iyi hissetmelerine ve pozitif bir ruh hali deneyimlemelerine katkıda bulunabilir. (Sung-Ho ve ark., 2019). Kahkaha ve gülme üzerine yapılan araştırmalar, uzun bir tarihe dayanmaktadır ve çok çeşitli açılardan ele alınmıştır. Bu araştırmalar nesiller arası, sosyolojik ve fizyolojik perspektifler içermiştir. Gülmenin evrimsel ve kültürel kökenlerini anlamak, insan davranışının karmaşıklığını anlamak için önemlidir. Ayrıca gülme, kişilerarası ilişkilerde, grup bağlarını güçlendirmede ve streste başa çıkmada da önemli bir rol oynar ((Demir Doğan, 2020).

Bilim dünyasında, mizahın olumlu etkileri ve kullanımı konusundaki ilk bilimsel çalışmalar, 1964 yılında Stanford Üniversitesi'nde Dr. William Fry tarafından başlatıldı. Dr. Fry'nin çalışmaları, mizahın insan sağlığı üzerindeki potansiyel faydalarına odaklandı ve bu alandaki önemli bir kilometre taşı oldu. Araştırmaları, mizahın kan basıncı ve kardiyovasküler sistem üzerinde olumlu etkilere sahip olabileceğini göstererek mizahın sağlık açısından önemini ortaya koydu. Ancak mizahın iyileştirici etkileri aslında çok daha eski bir geçmişe sahiptir (Patra & Kumar, 2019). Örneğin, 14. yüzyılda Fransız cerrah Henri de Mondeville, hastaların ameliyat sırasındaki acılarını hafifletmek ve iyileşmelerine yardımcı olmak için mizahı terapi olarak kullanmıştır. Bu erken örnekle, mizahın tıbbi bir uygulama olarak kullanımının tarihini gözler önüne sermektedir. Mondeville, hastalarının moralini yükselterek ve streslerini azaltarak daha hızlı bir iyileşme sürecine

yardımcı olmanın önemini anlamıştır. Bu nedenle, mizah terapisi ve gülmek, modern tıp ve psikoloji alanlarında daha fazla kabul görmeye başlamış ve insanların yaşam kalitesini artırmak için önemli bir araç olarak kullanılmıştır (Van Der Wal & Kok, 2019).

Daha yakın dönemde, Dr. Lee Berk ve ekibi, mizahın fizyolojik etkilerini inceleyerek, kahkahanın vücut üzerindeki olumlu etkilerini derinlemesine araştırdılar. Yaptıkları çalışmalar sonucunda, kahkahanın hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini, kortizol ve katekolamin düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu tespit ettiler. Bu bulgular, mizahın insan vücudu üzerindeki etkilerinin sadece psikolojik değil, fizyolojik bir boyutta da olduğunu gösterdi. Kahkahanın, stres hormonu kortizolün seviyelerini azaltarak ve mutluluk hormonu olarak bilinen endorfinlerin üretimini teşvik ederek, kişinin genel sağlığını iyileştirebileceğini gösterdi. Ayrıca, mizahın adaptif bağışıklık sistemi üzerinde de olumlu etkileri olduğu tespit edildi (Amici, 2019). Kahkaha, bağışıklık sisteminin bileşenlerini artırarak vücudun doğal ağrı kesicileri olan endorfinlerin üretimini teşvik ettiği saptandı. Bu, hastaların daha hızlı iyileşmelerine ve daha iyi bir ruh hali deneyimlemelerine katkı sağlayabilir. Bu mizahi etkiler, hastane ortamlarında da uygulanmıştır. Örneğin, profesyonel palyaçolar hastanelerde performans sergileyerek hastaların moralini yükseltmiş ve hastane çevresini daha sıcak ve eğlenceli hale getirmişlerdir. Bu tür yaklaşımların, tedavi süreçlerini olumlu bir şekilde etkileyebileceği ve hastaların daha hızlı iyileşmelerine yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Braniecka et al., 2022). Dr. Miller ve meslektaşları tarafından yürütülen başka bir araştırma ise mizahın kan damarlarının sağlıklı işlevi ile ilişkilendirildiğini ortaya koymuştur. Araştırma, gülmenin endotelin vazodilatasyonunu artırarak kan akışını iyileştirdiğini göstermiştir. Bu, mizahın kardiyovasküler sağlığa olan olumlu etkilerini vurgulamaktadır (Bressington et al., 2018).

Kahkaha Terapisi, gülmeyi teşvik eden ve insanları eğlenceli aktivitelerle bir araya getiren benzersiz bir terapötik yaklaşımdır. Bu terapi, gülmeyi hayatlarının önemli bir parçası haline getirmeyi amaçlayan kişilere yardımcı olur. Adından da anlaşılacağı gibi, kahkaha terapisi gülerken yaşanan olumlu etkileri vurgular ve komedi veya mizah unsuru olmadan bile insanların gülmeye yeteneğini geliştirmeyi amaçlar (Fusetti et al., 2022). Kahkaha terapisi, gülmeyi teşvik etmek için özel olarak tasarlanmış birçok fiziksel egzersizi içerir. Bu egzersizler, katılımcıların bedenlerini hareket ettirmelerini ve stresi azaltmalarını sağlar. Bu terapi, genellikle bir grup içinde gerçekleştirilir ve katılımcıların arasında göz teması kurmayı, çocuksu oyunlar oynamayı içeren simülasyonlarla başlar. Bu simülasyonlar, kısa sürede katılımcılar arasında bulaşıcı kahkahalara dönüşebilir, bu da grubun enerjisini yükseltir ve kişiler

arasındaki bağları güçlendirir. Kahkaha terapisi seansları, genellikle bir fiziksel egzersizle başlar. Katılımcılardan, ellerini yavaşça yukarı kaldırırken derin bir nefes almaları istenir. Bu nefes alma süreci, nefesi 4-5 saniye kadar tutarak devam eder ve ardından kollar yavaşça başlangıç pozisyonuna indirilirken nefes ritmik bir şekilde verilir. Bu nefes egzersizi, vücudu rahatlatır, stresi azaltır ve katılımcıların enerjisini artırır. Bu aşamanın yaklaşık 10 dakika sürebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kahkaha terapisi, fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu düşünülen benzersiz bir terapötik yaklaşım sunar. Bu terapi, katılımcıları gülmeye teşvik ederek stresi azaltır, ruh halini yükseltir ve genel yaşam kalitesini artırabilir. Ayrıca, grup içindeki dayanışma ve pozitif enerji, katılımcıların terapötik deneyimini daha da zenginleştirir (Armat et al., 2022; Hirosaki et al., 2023).

İkinci aşama, yaklaşık 10 dakika boyunca ellerini birbirine paralel tutarak alkışlama egzersiziyle başlar. Katılımcılar daha sonra ellerini 1-2, 1-2-3 ritminde alkışlarlar ve “Ho-Ho, Ha-Ha-Ha” şarkısını söyleyerek el çırpma egzersizine geçerler. Bu basit ritmik aktiviteler, katılımcıların enerji seviyelerini artırmak için parmakların ve avuç içlerinin temasıyla akupunktur noktalarını uyarabilir. Ardından, çocuksu oyunları simüle eden kahkahalar spontan kahkahalara dönüştürülür. Bu aşamada, kahkaha ve nefes egzersizleri arasına dans ve şarkı da eklenir (De Francisco et al., 2019). Katılımcılara, kahkaha terapisinin keyifli tarafını deneyimlemeleri için bir dizi eğlenceli aktivite sunulur. Bu aktiviteler sırasında katılımcılar gülmeye ve eğlenceyi yaşayarak streslerini azaltır ve enerjilerini yükseltirler. Son aşamada, koşulsuz kahkahalar yaratmak için farklı senaryolar kullanılır. Örneğin, “Beyin İpi Kahkahası” adlı bir egzersizde, katılımcılardan hayal ettikleri bir ipi beyinlerinin içinden geçirdiklerini ve bir liderin komutu üzerine hem beyinlerini temizlemek hem de gülmek için bu ipi kullanmaları istenir. Bu tür egzersizler genellikle dört kez tekrarlanır. Katılımcıların geri bildirimleri, sonraki oturumların iyileştirilmesinde büyük bir rol oynar (Tanaka, Tokuda & Ichihara, 2018).

Kahkaha terapisinin her bir oturumu, en az 30 dakika ve maksimum 2 saat gerçekleştirilir. Bu oturumların haftada en az iki kez tekrarlanması önerilir ve en az 8 hafta boyunca uygulanmalıdır. Terapötik etkinin bireysel düzeyde değerlendirilmesi için ilk 8 hafta sonrasında bir değerlendirme yapılmalıdır. Kahkaha terapisi, bireysel veya grup terapötik seansları içeren modern bir yaklaşımdır ve geleneksel gülmeye deneyimlerinin sağladığı olumlu fizyolojik ve psikolojik sağlık sonuçlarını birleştirir. Bu terapi, düşük maliyetli ve yan etkisi olmayan evrensel bir tedavi yöntemidir ve katılımcılara hem eğlenceli bir deneyim sunar hem de ruh hali, stres düzeyleri ve genel yaşam kalitesini iyileştirmelerine yardımcı olabilir (Morishima et al., 2019).

Kahkaha Terapisinin Fizyolojik ve Psikolojik Sağlığa Katkısı

Günümüzün hızlı tempolu dünyasında, insanlar sık sık stres, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilirler. Bu tür sorunlar, genellikle kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve uzun vadede ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Kahkaha, sadece ruhsal bir deneyim değil, aynı zamanda fizyolojik bir tepki olarak da önemlidir. Bu nedenle, sağlığı desteklemek ve iyileştirmek için çeşitli terapi ve yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden biri de “Kahkaha Terapisi” olarak bilinir ve sağlığa olumlu katkıları vardır (Namazinia et al., 2023; Stiwi & Rosendahl, 2022).

Stresin Azaltılması: Bu etkilerden biri, stresin ve stres hormonu olarak bilinen kortizolün azaltılmasıdır. Stres, insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip bir faktördür ve özellikle kalp sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye yol açabilir. İşte bu noktada, kahkaha terapisi'nin önemi ortaya çıkar. Gülme sırasında vücut, mutluluk hormonları olarak bilinen endorfin ve serotonin gibi kimyasal maddeleri salgılar. Bu hormonlar, stresi azaltır, zihinsel rahatlama sağlar ve genel bir rahatlama hissi yaratır. Kortizol, vücutta stres tepkisini düzenleyen bir hormondur ve uzun süreli yüksek düzeylerde kalması sağlık sorunlarına yol açabilir. Kahkaha terapisi, gülmeyi teşvik ederek kortizolün azaltılmasına katkıda bulunur. Bu, kişilerin stresle daha iyi başa çıkmalarına ve ruhsal dengeyi yeniden sağlamalarına yardımcı olabilir (Ko, Lee & Park, 2022; Meier et al., 2021).

Bağışıklık Sisteminin Güçlendirilmesi: Bağışıklık sistemi, vücudu enfeksiyonlara, bakterilere ve diğer zararlı etkenlere karşı koruyan karmaşık bir savunma mekanizmasıdır. Bu sistemin etkinliği, bağışıklık hücrelerinin ve antikorların düzgün çalışmasına bağlıdır. Gülme sırasında vücut, bağışıklık hücrelerinin aktivitesini artırır ve antikor üretimini teşvik eder. Bu da vücudun enfeksiyonlarla savaşma yeteneğini artırır ve hastalıklara karşı daha dirençli olmasını sağlar. Endorfinler, sadece kişinin kendini daha iyi hissetmesine neden olmakla kalmaz, aynı zamanda bağışıklık sisteminin aktivitesini de artırır. Bağışıklık hücreleri, endorfinlerin etkisi altında daha hızlı hareket ederler ve enfeksiyonlarla mücadelede daha etkili hale gelirler (Cho & Oh, 2011; Sousa et al., 2019).

Kan Basıncının Düşürülmesi: Gülme sırasında, vücut otomatik olarak gevşer. Kaslar rahatlar, nefes alma derinleşir ve genel bir sakinlik ve huzur hissi oluşur. Bu gevşeme tepkisi, kan damarlarının genişlemesine yol açar. Kan damarlarının genişlemesi, kan akışının artmasına ve bu da kalbin daha fazla oksijen ve besin maddesi almasını sağlar. Aynı zamanda, artan kan dolaşımı, arterlerin esnekliğini artırır ve kanın daha verimli bir şekilde pompalanmasını destekler. Bu süreç, kalp kasının daha sağlıklı olmasını ve

daha iyi bir kalp fonksiyonunu teşvik eder. Düzenli olarak Kahkaha Terapisi gibi gülme odaklı yaklaşımların kullanılması, kan basıncının düşmesine katkıda bulunabilir. Düşük kan basıncı, kalp hastalığı ve hipertansiyon gibi sağlık sorunlarına karşı koruyucu bir etki sağlayabilir. Hipertansiyon, yüksek kan basıncı olarak bilinir ve uzun vadede ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle, kan basıncının düşürülmesi, kalp sağlığını koruma ve genel sağlığı destekleme açısından önemlidir (Yoshikawa et al., 2018).

Solunum Sisteminin İyileştirilmesi: Gülme, solunum sistemini olumlu yönde etkileyen önemli bir fizyolojik tepkidir. Gülme sırasında, bir dizi olumlu solunum değişikliği meydana gelir ve bu değişiklikler solunum sisteminin daha verimli çalışmasını sağlar. İlk olarak, gülme sırasında daha fazla oksijen alınır. Gülme, diyaframın ritmik olarak kasılmasına yol açar, bu da akciğerlere daha fazla hava girmesine neden olur. Daha fazla oksijen alımı, vücut hücrelerinin ihtiyaç duyduğu oksijeni daha etkili bir şekilde karşılamalarına yardımcı olur. Bu, genel enerji seviyelerini artırır ve kişinin daha uyanık hissetmesini sağlar. Karbondioksit, vücutta atılması gereken bir atık üründür ve aşırı miktarda birikmesi solunum sorunlarına yol açabilir. Gülme, karbondioksitin daha hızlı bir şekilde vücuttan uzaklaştırılmasına yardımcı olur. Bu da solunum sisteminin daha etkili bir şekilde çalışmasını sağlar. Gülme, solunum sorunlarını hafifletebilir. Özellikle öksürük ve nefes darlığı gibi semptomları hafifletebilir. Bu, gülme terapilerinin bazı kronik solunum rahatsızlıklarına sahip bireyler için olumlu sonuçlar doğurabileceği anlamına gelir. Bu nedenle, gülme ve gülme tabanlı terapiler, solunum sağlığını desteklemek ve iyileştirmek isteyen bireyler için etkili bir seçenek olabilir (Jang, Oh, & Jeon, 2022; Lebowitz et al., 2011).

Kasların Gevşemesi: Kahkaha terapisi, kasların gevşemesine yardımcı olan etkili bir yaklaşımdır. Gülme sırasında, vücuttaki stres ve gerilim azalır ve kaslar rahatlar. Bu, bir dizi olumlu fizyolojik değişikliği tetikler ve kasların daha sağlıklı ve esnek olmasına katkı sağlayabilir. Gülme, vücuttaki stres hormonlarının düşmesini destekler. Stres hormonları, kasların kasılmasına ve gerginleşmesine neden olan etkenlerden biridir. Gülme, bu hormonların azalmasına yol açar ve bu da kasların gevşemesine katkıda bulunur. Kaslar, gerginliklerini bıraktıklarında daha iyi bir kan akışına sahip olurlar ve bu da kasların daha iyi beslenmesini sağlar. Bu, özellikle kronik kas ağrısı veya gerilimi yaşayan bireyler için faydalı olabilir. Kahkaha terapisi, kas gerginliğini azaltmanın yanı sıra kasların daha esnek olmasını teşvik edebilir. Gülme sırasında, birçok farklı kas grubu kullanılır ve bu kaslar hareket ederken esneklik kazanır. Düzenli olarak gülme pratiği yapmak, kişinin kaslarını daha esnek ve sağlıklı tutmasına yardımcı olabilir. Bu nedenle,

düzenli olarak gülme pratiği yapmak, kas sağlığını ve genel yaşam kalitesini artırabilir (Gonot-Schoupinsky & Garip, 2018).

Ağrının Hafifletilmesi: Gülmenin ağrıyı hafifletme konusundaki etkisi oldukça etkileyicidir ve doğal bir analjezik etkiye sahiptir. Gülme sırasında, vücut endorfin olarak adlandırılan doğal ağrı kesicileri salgılar. Endorfinler, vücudun ağrıya karşı doğal bir yanıtıdır ve ağrıyı hafifletirken kişinin genel olarak daha iyi hissetmesini sağlar. Gülme sırasında artan endorfin üretimi, baş ağrısı, kas ağrısı, migren ve diğer ağrı türleri ile mücadelede etkili olabilir. Endorfinler, ağrının şiddetini azaltabilir ve kişinin ağrıya olan hassasiyetini azaltabilir. Bu, özellikle kronik ağrıya sahip bireyler için önemlidir. Çünkü düzenli gülme, ağrının etkilerini hafifletebilir ve yaşam kalitesini artırabilir. Aynı zamanda, gergin kaslar ve vücutta biriken stres, baş ağrılarına, boyun ağrılarına ve sırt ağrılarına yol açabilir. Gülme, bu gerginlikleri hafifletebilir ve kişinin rahatlamasına yardımcı olabilir (Moon, Journ & Lee, 2022).

Daha İyi Kaliteli Uyku: Kahkaha terapisi, daha iyi bir uyku kalitesi sağlamaya yardımcı olabilecek etkili bir yöntemdir. Gülme, fizyolojik ve psikolojik olarak bir dizi olumlu değişikliğe neden olur ve bu değişiklikler, daha dinlendirici bir uyku deneyimi elde etmeye katkı sağlar. Stres, sık sık uyku problemlerinin bir nedenidir. Gülme sırasında vücut, stres hormonlarının azalmasını destekler ve bu da zihinsel rahatlamaya sağlar. Stresin azalması, zihni sakinleştirir ve uykuya dalma sürecini kolaylaştırır. Gülme sonrası kişi genellikle daha sakin ve huzurlu hisseder, bu da daha derin bir uykuya yardımcı olabilir. Düzenli olarak gülme pratiği yapmak, kişinin daha rahatlamış bir zihinle uyumasına ve uyanılmasına katkı sağlar (Özer & Ateş, 2021).

Sosyal Bağların Güçlenmesi: Sosyal bağlar, insanların yaşamlarının vazgeçilmez bir parçasıdır. İnsanlar, aileleri, arkadaşları, iş arkadaşları ve topluluklarıyla kurdukları ilişkiler aracılığıyla kendilerini daha bağlı, daha desteklenmiş ve daha mutlu hissederler. Bu nedenle, sosyal bağların güçlendirilmesi, duygusal ve psikolojik sağlığımız için önemlidir. Kahkaha terapisi, insanları bir araya getirerek gülmeyi paylaşmalarını sağlar. Bu, insanların birbirleriyle bağ kurmasına ve duygusal bağlarını güçlendirmesine olanak tanır. Kahkaha, insanları olumlu bir deneyim etrafında bir araya getirir ve bu deneyim paylaşıldıkça güçlenir. Grup içindeki gülen kişiler arasında bir bağ ve dayanışma duygusu oluşabilir. Ayrıca, kahkaha terapisi, yalnızlık hissini azaltmada etkili olabilir. Bir grup içinde gülmek, insanları yalnızlık duygusundan uzaklaştırabilir. Paylaşılan gülme deneyimi, insanların birbirlerine daha yakın hissetmelerini sağlayabilir ve yalnızlık hissini hafifletebilir (Quintero et al., 2015).

Hemşirelik ve Kahkaha Terapisi

Hemşirelik, insan sağlığını korumak ve iyileştirmek amacıyla büyük bir sorumluluk taşıyan saygın bir meslektir. Hemşireler, hastaların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamak, tedavi süreçlerini yönlendirmek ve hastaların fiziksel refahını gözetmek gibi önemli görevleri üstlenirler. Ancak bu görevler sadece tıbbi prosedürlerle sınırlı değildir. Hemşireler, aynı zamanda hastaların duygusal ihtiyaçlarına ve genel yaşam kalitelerine de önem verirler. Hemşirelik mesleği tarihsel olarak, hemşirelerin hasta bakımında otoriter, ciddi ve mesafeli bir tutum sergilemeleri gerektiği düşüncesine dayanmıştır. Bu yaklaşım, sağlık profesyonelleri arasında öğretilen ve kabul gören bir norm haline gelmiştir. Hemşirelik eğitimi sırasında, genellikle gülme veya şaka yapmanın profesyonellekle çeliştiği düşünülürdü. Ancak, insan sağlığı sadece fiziksel olarak iyileştirme süreci değildir. Ruhsal ve duygusal ihtiyaçlar da büyük önem taşır (Tanaka, Tokuda & Ichihara, 2018; Schmidt & McArthur, 2018).

Mizah, insanların yaşamın eğlenceli ve pozitif yanlarını görmelerine yardımcı olan bir yetenektir. Mizah, düşünce ve kültürel değerleri espriler ve takılmalar yoluyla ifade edebilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Mizah, günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır ve insan davranışının önemli bir yönünü oluşturur. Bu nedenle, hemşirelerin hastalarıyla kurdukları ilişkilerde mizahın yerine getirdiği rolü anlamaları ve değer vermeleri önemlidir. Mizah, hastaların stresini azaltabilir, ruh hallerini iyileştirebilir ve tedavi sürecine olumlu bir katkıda bulunabilir. Tabii ki, mizahın kullanılması, hastaların duyarlılığına ve tercihlerine saygı göstererek dikkatli bir şekilde yapılmalıdır (Kfrerer et al., 2023).

Son yıllarda önemli bir hemşirelik girişimi olarak kabul edilen mizah, hastaların iyileşmesine katkıda bulunmak için kullanılmaktadır. Ancak hemşirelik eğitimi süreçlerinde hala mizahın önemine yeterince vurgu yapılmamakta ve hemşirelik öğrencilerine ve profesyonellere bu konuda eğitim verilmemektedir. Ancak yapılan araştırmalar, hemşirelerin mizahi bir yaklaşım sergilemelerinin hastalarla kurulan güven ilişkisini geliştirmeye yardımcı olduğunu, ağrıyı azalttığını, ölüm korkusu ve stresle başa çıkmayı kolaylaştırdığını göstermektedir (De Francisco ve ark., 2019). Bu araştırmalar, hemşirelerin hasta bakımında mizahı kullanmanın faydalı olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Dolayısıyla hemşireler, mizahın içerisinde bulunduğu kahkaha terapisi yöntemini, kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek için de kullanabilirler. Ancak, kahkaha terapisinin meslek gruplarına ve bu grupların iş yaşamlarına etkilerini inceleyen deneysel çalışmalar sınırlıdır. Özellikle, hemşirelerin tükenmişlik ve stres seviyelerini azaltma konusunda kahkaha

terapisinin etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalar da kahkaha terapisi seanslarının stres, kişisel refah, genel sağlık durumu ve kaygı düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Lee & Lee, 2020; Yazdani ve ark., 2014).

Hemşireler, hastaların fiziksel ve duygusal iyiliklerine odaklanmanın yanı sıra, kahkaha terapisi gibi yöntemleri kullanarak hastaların ruh halini yükseltebilirler. Gülen yüzlerin ve pozitif enerjinin sağlık bakımının önemli bir parçası olduğunu anlamak, hemşirelerin hastalarına daha kapsamlı bir bakım sunmalarına yardımcı olabilir. Kahkaha Terapisi, sağlık bakımının insan odaklı bir yaklaşımını teşvik eder ve hastaların iyileşme süreçlerine olumlu bir katkı sağlar. Hemşirelerin bu terapiyi kullanarak hastalarına umut ve neşe getirmesi, tedavi süreçlerini daha tatmin edici ve etkili hale getirebilir (Lynes, Kavar, & Valdez, 2019).

Sonuç

Sonuç olarak; kahkaha terapisi, koşulsuz kahkaha ve nefes tekniklerinin birleştiği, farmakolojik olmayan, non-invaziv bir terapi yöntemidir. Bu terapi yöntemi sağlık alanında olumlu fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkilere sahiptir. Kahkaha terapisi, sağlık alanında birçok farklı amaçla kullanılmaktadır. Özellikle hemşirelik alanında, kahkaha terapisine olan ilgi artmaktadır ve bakım verilen bireyler üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlenmektedir. Bu nedenle, hemşirelik bakımı uygulamalarında bireyler için olumlu etkisi olan bu yaklaşımın, hemşirelik eğitim programlarına entegre edilmesi önerilmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin sunumunda en fazla etkileşimde bulunan hemşirelerin, kahkaha terapisi eğitimini lisans müfredatı içinde almalarının önemli olduğuna inanılmaktadır. Bu şekilde, çalışma yılları boyunca bu yaklaşımı bakım uygulamalarına dahil ederek bireylere daha fazla olumlu katkı sağlayabilirler.

Kaynakça

- Akimbekov, N. S., & Razzaque, M. S. (2021). Laughter therapy: A humor-induced hormonal intervention to reduce stress and anxiety. *Current research in physiology*, 4, 135–138. <https://doi.org/10.1016/j.crphys.2021.04.002>.
- Amici P. (2019). The Humor in Therapy: the Healing Power of Laughter. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 503–508.
- Armat, M. R., Emami Zeydi, A., Mokarami, H., Nakhband, A., & Hojjat, S. K. (2022). The impact of laughter yoga on depression and anxiety among retired women: a randomized controlled clinical trial. *Journal of women & aging*, 34(1), 31–42. <https://doi.org/10.1080/08952841.2020.1774225>.
- Ayisire, O. E., Babalola, F., Aladum, B., Oyeleye-Adegbite, O. C., Urhi, A., Kilanko, A., Agbor, C., Adaralegbe, N., Kaur, G., Eze-Njoku, C., Soomro, F., Eche, V. C., Popoola, H. A., & Anugwom, G. O. (2022). A Comprehensive Review on the Effects of Humor in Patients With Depression. *Cureus*, 14(9), e29263. <https://doi.org/10.7759/cureus.29263>
- Bennett, P. N., Hussein, W. F., Reiterman, M., Yu, J., & Schiller, B. (2020). The effects of laughter therapy on depression symptoms in patients undergoing center hemodialysis: A pragmatic randomized controlled trial. *Hemodialysis international. International Symposium on Home Hemodialysis*, 24(4), 541–549. <https://doi.org/10.1111/hdi.12870>
- Braniecka, A., Wołkowicz, I., Orylska, A., Antosik-Wójcińska, A. Z., Chrzczonowicz-Stepień, A., & Bolek, E. (2022). Differential effects of stress-related and stress-unrelated humor in remitted depression. *Scientific reports*, 12(1), 7946. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11515-y>.
- Braniecka, A., Wołkowicz, I., Orylska, A., Antosik-Wójcińska, A. Z., Chrzczonowicz-Stepień, A., & Bolek, E. (2022). Differential effects of stress-related and stress-unrelated humor in remitted depression. *Scientific reports*, 12(1), 7946. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11515-y>
- Bressington, D., Yu, C., Wong, W., Ng, T. C., & Chien, W. T. (2018). The effects of group-based Laughter Yoga interventions on mental health in adults: A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(8), 517–527. <https://doi.org/10.1111/jpm.12491>.
- Cho, E. A., & Oh, H. E. (2011). *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(3), 285–293. <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.3.285>.
- De Francisco S, Torres C, DE Andrés S, Millet A, Ricart MT, Hernandez-Martinez-Esparza E, Abades M, Trujols J (2019). Effectiveness of integrative laughter therapy to reduce anxiety, improve self-esteem and increase happiness: A naturalistic study. *Int J Environ Res Public Health* 16(21): 1410-20

- Demir Doğan M. (2020). The Effect of Laughter Therapy on Anxiety: A Meta-analysis. *Holistic nursing practice*, 34(1), 35–39. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000363>.
- Fusetti, V., Re, L., Pigni, A., Tallarita, A., Cilluffo, S., Caraceni, A. T., & Lusignani, M. (2022). Clown therapy for procedural pain in children: a systematic review and meta-analysis. *European journal of pediatrics*, 181(6), 2215–2225. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04440-9>.
- Garcia, J. T., DuBose, L., Arunachalam, P., Hairrell, A. S., Milman, R. M., & Carpenter, R. O. (2023). The Effects of Humor in Clinical Settings on Medical Trainees and the Implications for Medical Educators: A Scoping Review. *Medical science educator*, 33(2), 611–622. <https://doi.org/10.1007/s40670-023-01769-0>
- Gonot-Schoupinsky, F. N., & Garip, G. (2018). Laughter and humour interventions for well-being in older adults: A systematic review and intervention classification. *Complementary therapies in medicine*, 38, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.04.009>.
- Hirosaki, M., Ohira, T., Wu, Y., Eguchi, E., Shirai, K., Imano, H., Funakubo, N., Nishizawa, H., Katakami, N., Shimomura, I., & Iso, H. (2023). Laughter yoga as an enjoyable therapeutic approach for glycemic control in individuals with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Frontiers in endocrinology*, 14, 1148468. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1148468>.
- Jang, K. S., Oh, J. E., & Jeon, G. S. (2022). Effects of Simulated Laughter Therapy Using a Breathing Exercise: A Study on Hospitalized Pulmonary Tuberculosis Patients. *International journal of environmental research and public health*, 19(16), 10191. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610191>.
- Kfrerer, M. L., Rudman, D. L., Aitken Schermer, J., Wedlake, M., Murphy, M., & Marshall, C. A. (2023). Humor in rehabilitation professions: a scoping review. *Disability and rehabilitation*, 45(5), 911–926. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2048909>
- Ko, Y., Lee, E. S., & Park, S. (2022). Effects of laughter therapy on the stress response of married immigrant women in South Korea: A randomized controlled trial. *Health care for women international*, 43(5), 518–531. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1963968>.
- Lebowitz, K. R., Suh, S., Diaz, P. T., & Emery, C. F. (2011). Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary investigation. *Heart & lung : the journal of critical care*, 40(4), 310–319. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.07.010>.

- Lee JS, Lee SK (2020). The effects of laughter therapy for the relief of employment-stress in Korean student nurses by assessing psychological stress salivary cortisol and subjective happiness. *Osong Public Health and Research Perspectives* 11(1): 44-52.
- Lynes, L., Kawar, L., & Valdez, R. M. (2019). Can laughter yoga provide stress relief for clinical nurses?. *Nursing Management*, 50(6), 30–37. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000558481.00191.78>.
- Meier, M., Wirz, L., Dickinson, P., & Pruessner, J. C. (2021). Laughter yoga reduces the cortisol response to acute stress in healthy individuals. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 24(1), 44–52. <https://doi.org/10.1080/10253890.2020.1766018>.
- Moon, H., Journ, S., & Lee, S. (2022). Effect of Laughter Therapy on Mood Disturbances, Pain, and Burnout in Terminally Ill Cancer Patients and Family Caregivers. *Cancer nursing*, 10.1097/NCC.0000000000001162. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001162>.
- Morishima T, Miyashiro I, Inoue N, Kitasaka M, Akazawa T, Higeno A, Ido A, Sato A, Ohira T, Sakon M, Matsuura N (2019). Effects of laughter therapy on quality of life in patients with cancer: An open-label, randomized controlled trial. *PLoS One* 14(6): e0219065.
- Namazinia, M., Mazlum, S. R., Mohajer, S., & Lopez, V. (2023). Effects of laughter yoga on health-related quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: a randomized clinical trial. *BMC complementary medicine and therapies*, 23(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04028-2>.
- Özer, Z., & Ateş, S. (2021). Effects of laughter yoga on hemodialysis patients' plasma-beta endorphin levels, pain levels and sleep quality: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 43, 101382. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101382>.
- Patra, S., Kumar, A. (2019). Laughter therapy decreases depression among in senior citizens residing in old age homes. *Medical & Clinical Research*, 4(1):1-2.
- Quintero, Á., Henao, M. E., Villamil, M. M., & León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados [Changes in depression and loneliness after laughter therapy in institutionalized elders]. *Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud*, 35(1), 90–100. <https://doi.org/10.1590/S0120-41572015000100012>.
- Schmidt, B. J., & McArthur, E. C. (2018). Professional nursing values: A concept analysis. *Nursing forum*, 53(1), 69–75. <https://doi.org/10.1111/nuf.12211>.

- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Antunes, A. V., Frade, M. F. G., Severino, S. P. S., & Valentim, O. S. (2019). Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(4), 1078–1085. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0609>.
- Stiwi, K., & Rosendahl, J. (2022). Efficacy of laughter-inducing interventions in patients with somatic or mental health problems: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Complementary therapies in clinical practice*, 47, 101552. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101552>
- Sung-Ho, H., Hyeon-Cheol, J., Ji-Won, H. (2019). Effect of laughter therapy on healthy life: a meta-analysis. *Journal of the Korea Convergence Society*, 10(9):291-299.
- Tanaka, A., Tokuda, N., & Ichihara, K. (2018). Psychological and physiological effects of laughter yoga sessions in Japan: A pilot study. *Nursing & health sciences*, 20(3), 304–312. <https://doi.org/10.1111/nhs.12562>.
- Van Der Wal, C. N., & Kok, R. N. (2019). Laughter-inducing therapies: Systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine (1982)*, 232, 473–488. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.018>.
- Yazdani M, Esmacilzadeh M, Pahlavanzadeh S, Khaledi F (2014). The effect of laughter yoga on general health among nursing students. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 19(1): 36-40.
- Yoshikawa, Y., Ohmaki, E., Kawahata, H., Maekawa, Y., Ogihara, T., Morishita, R., & Aoki, M. (2018). Beneficial effect of laughter therapy on physiological and psychological function in elders. *Nursing open*, 6(1), 93–99. <https://doi.org/10.1002/nop2.190>.

Cerrahi Hastada Uyku Ve Hemşirelik Yaklaşımları

Havva Bozdemir¹

Züleyha Şimşek Yaban²

Özet

Uyku, periyodik, geri dönen bilinç ve davranış değişikliği dönemlerini içeren, evreleri, düzeni ve döngüsü olan, insanlık tarihi kadar eski, fizyolojik temel bir yaşam gereksinimidir. Cerrahi girişim, sonrasında çeşitli seviyelerde sirkadiyen ritim düzensizliklerine neden olur. Cerrahi inflamatuvar yanıtta yer alan bazı sitokinler ameliyat sonrası uykunun bozulmasında rol oynamaktadır. Ameliyat sonrası dönemde hastanın uykusunu etkileyen risk faktörleri; bireysel faktörler (yaş, cinsiyet), cerrahi ile ilgili faktörler (anestezi türü, cerrahi travmanın şiddeti, ağrı, anksiyete), çevresel faktörler (hastane ortamında olma, gürültü, ışık) olmak üzere üç ana başlıkta gruplandırılabilir. Bozulan uyku düzeyi hastanın hemodinamisini, ventilasyonunu, bilinç düzeyini, ağrı şiddetini etkiler. Cerrahi hastaların iyileşme sürecinin istenik şekilde olabilmesi için yeterli uykunun sağlanması önemlidir. Bunun için hemşire, hemşirelik sürecini uygulayarak uyku bozukluklarını tanımlayabilmeli, doğru hedefler belirlemeli, gerekli hemşirelik girişimlerini planlamalı, uygulamalı ve sonuçları değerlendirmelidir.

GİRİŞ

Uyku insanın temel fizyolojik ihtiyaçlarından biridir. Perioperatif dönemde kısa süreli veya uzun süreli olarak ortaya çıkabilen uyku bozuklukları, ameliyat olan çok sayıda hastayı etkilemektedir. Ameliyat sonrası görülen uyku bozuklukları hastada nörolojik sorunların olmasına, ağrının şiddetinin artmasına ve iyileşme süresinin uzamasına sebep olabilir.

- 1 Dr. Kocaeli Üniversitesi Sağlık, Kültür Spor Daire Başkanlığı, Mediko-sosyal Merkezi Kocaeli/ Türkiye, havva_candan@hotmail.com, 0000-0001-6403-0426
- 2 Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Kocaeli /TÜRKİYE, zuleyha.simsek@kocaeli.edu.tr, 0000-0002-5079-2099

Perioperatif uyku bozukluklarının yüksek insidansı ve ameliyat sonrası iyileşme üzerindeki zararlı etkisi, perioperatif uykunun önemini vurgulamaktadır (Lin et al 2021). Bu gereksinimlerden yola çıkarak, cerrahi sonrası uyku ve risk faktörleri, hasta üzerine olumsuz etkileri, uykunun tanılama yöntemleri ve hemşirelik yaklaşımları ele alınmıştır.

1. CERRAHİ HASTADA UYKU VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Uyku, periyodik, geri dönen bilinç ve davranış değişikliği dönemlerini içeren, evreleri, düzeni ve döngüsü olan, insanlık tarihi kadar eski, fizyolojik temel bir yaşam gereksinimidir (Örsal 2018, Kaynak ve Ardıc 2011, Artur 2001). Uyku, göreceli olarak duyuusal aktivitenin ve neredeyse tüm istemli kasların engellendiği, bilincin azaldığı, çevreyle azalan etkileşimlerle karakterize edilen, doğal olarak tekrarlayan bir zihin ve beden durumudur (Su, Wang 2018). Belirli aralıklarla tekrar eden hızlı göz hareketlerinin eşlik etmediği Non-Rapid Eye Movement (NREM) uyku dönemi ve hızlı göz hareketlerinin eşlik ettiği Rapid Eye Movement (REM) olmak üzere iki ana dönemin döngüsel olarak değişmesinden oluşur (Kaynak ve Ardıc 2011, Artur 2001). NREM uykusu ayrıca aşama 1'e (N1, aynı zamanda hafif uyku olarak da adlandırılır, yetişkinlerde toplam uykunun %5-10'unu oluşturur), aşama 2 (N2, yetişkinlerde toplam uykunun %45-55'ini oluşturur) ve aşama 3'e ayrılabilir. Aşama 3 (N3) aynı zamanda derin uyku veya yavaş dalga uykusu (SWS) olarak da adlandırılır ve yetişkinlerde toplam uykunun %15-25'ini oluşturur. REM uykusu yetişkinlerde toplam uykunun %20-25'ini oluşturur (Su, Wang 2018). Uykunun başlangıcından ilk REM uykusunun sonuna kadar olan süre bir uyku siklusu olarak adlandırılmaktadır. Bu siklus kişiden kişiye 90-120 dakika arasında değişir ve NREM+REM şeklindeki siklus bir gecede 4-6 kez tekrarlanır. Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM dönemi oluşur. İlk REM dönemi genellikle daha kısadır ve yaklaşık 5-15 dakika sürer. Süre açısından gecenin ilk yarısında NREM, ikinci yarısında ise REM uykusu ağırlık kazanmaktadır (Figuroa-Ramos vd. 2009, Şahin ve Aşçıoğlu 2013). Uyku-uyanıklık siklusu erişkinlerde ortalama 7-8 saattir. Sirkadiyen ritim, organizmanın yaklaşık bir günlük fizyolojik ve biyolojik süreçlerindeki değişimleri ifade eder. İnsanda uyku-uyanıklık döngüsünün en temel ve belirleyicisi sirkadiyen ritimdir (Akıncı ve Orhan 2016; Erol ve Enç 2009).

1.1. CERRAHİNİN UYKU ÜZERİNE ETKİLERİ

Cerrahi girişim, sonrasında çeşitli seviyelerde sirkadiyen ritim düzensizliklerine neden olur. Ameliyat sonrası ilk gecede REM uykusunda

azalma, ikinci ve dördüncü gecelerde REM uykusunun hem yoğunluğu hem de miktarında artma olabilmektedir (Krenk, Rasmussen, ve Kehlet 2010; Venkateshiah ve Collop 2012). Literatürde hastane ortamında uyku bozukluğunu bildiren çalışmalara çokça rastlanmaktadır (Krenk et al 2010; Venkateshiah and Collop 2012). Hastanın, uyku/uyanıklık döngüsünün belirgin bir şekilde değişmesi, uyku niteliğinin bozulması ile sonuçlanmakta ve bireyin olağan uyku/ uyanıklık döngüsünü sürdürmedeki yetersizlik, sağlığına geri dönüşünü olumsuz yönde etkileyebilmekte ve hastalar yetersiz uykudan ve yorgunluktan yakınmaktadırlar (Akıncı ve Orhan 2016, Akpınar 2014).

Cerrahi inflamatuvar yanıt: Ameliyatı takip eden inflamatuvar yanıt karmaşıktır ve hem doğuştan gelen hem de kazanılmış bağışıklık sistemini içerir. Cerrahi girişimler çeşitli immünolojik bozukluklara sebep olabilmektedir. En sık karşılaşılan tablo ameliyat sonrası dönemde görülen immünsüpresyon durumudur. Ameliyat sonrasında gelişen inflamatuvar yanıtta sekonder gelişen nöroinflamasyon cerrahi hastaların yaşadığı ameliyat sonrası uyku bozukluklarına sebep olabilir. Tümör nekroz faktörü (TNF) ve interlökinler, inflamatuvar yanıtın en iyi tanımlanmış araçlarıdır. Cerrahi inflamatuvar yanıtta yer alan bazı sitokinler ameliyat sonrası uykunun bozulmasında rol oynamaktadır (Rampes et al 2020). Ameliyattan sonra salındığı bilinen başlıca sitokinler interlökin-1 (IL-1), tümör nekroz faktörü-a (TNF-a) ve IL-6'dır. Salınan bu sitokinlerin, yavaş dalga uyku süresinin artması ve REM uykusunun azalmasıyla uykuyu bozduğu bilinmektedir. Ayrıca sempatik aktivasyon ve yüksek stres hormonu salınımı (örneğin kortizol ve adrenokortikotropik hormonlar) da uykuyu bozabilmektedir (Chouch 2014).

1.2. CERRAHİ SONRASINDA UYKUDA BOZULMAYI ETKİLEYEN RİSK FAKTÖRLERİ

Ameliyat sonrası dönemde hastanın uykusunu etkileyen risk faktörleri 3 grupta toplanabilir.

1. Bireysel faktörler
2. Cerrahi ile ilgili faktörler
3. Çevresel faktörler

1.2.1. Bireysel Faktörler: Yaş, cinsiyet

Yaş: Asetilkolin ve adenoazin, uyanıklık ve uyanıklığa aracılık etmede önemli bir rol oynar ve yaşlılar, bu nörotransmitterlerdeki değişiklikler nedeniyle

istenmeyen etkilere karşı daha duyarlıdırlar. Opioid uygulamasından sonra bu iki vericideki azalmaya karşı artan hassasiyetle birlikte yaşlı hastalarda ameliyat sonrası dönemde ciddi uyku bozukluğu gelişme riski daha yüksektir. Akut uyku yoksunluğu sağlıklı genç yetişkinler ve yaşlılarda bilişsel bozulmaya neden olur ve bu nedenle ameliyat sonrası uykunun iyileştirilmesi, ameliyat sonrası bilişsel işlevin iyileştirilmesi açısından oldukça önemlidir (Chouch 2014, Krenk, Rasmussen, ve Kehlet 2010, Lin et all. 2021). Yaşlanma ile birlikte uyku yapısında meydana gelen değişiklikler, yaşlıların çevresel değişikliklere uyum sağlamasını da güçleştirir. Komorbit hastalıkların varlığı yaşla birlikte artmaktadır. Hastalarda hipoksi varlığına sebep olabilecek angina, kardiyovasküler hastalık, ameliyat öncesinde obstrüktif uyku apnesi (OUA) olma durumu ameliyat sonrası dönemde uyku kalitesinde bozulma riskini artırmaktadır (Su and Wang 2018).

Cinsiyet: Cerrahi sonrası uyku bozukluğunda cinsiyet farkı olduğu ve kadınların erkeklere göre daha fazla uyku problemi yaşadıkları rapor edilmiştir. Kadınlarda uykusuzluk görülme sıklığı erkeklere göre 1,5 kat daha yüksektir. Bu farkın sosyoekonomik faktörler, fizyolojik faktörler ve psikolojik faktörlerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında, kadın üreme hormonlarının uyku düzenini değiştirdiği, östrojendeki artış REM uyku süresini artırabilir ve REM gecikmesini azaltır (Lin et all. 2021).

1.2.2. Cerrahi İle İlgili Faktörler: Anestezi türü, cerrahi travmanın şiddeti, ağrı, anksiyete.

Anestezi Türü: Anestezinin, anestezi tekniğine (genel anesteziye karşı bölgesel anestezi) bakılmaksızın, uyku bölünmesi, daha kısa toplam uyku süresi ve REM uykusu yoksunluğu dahil olmak üzere ameliyattan sonra benzer uyku bozukluğu gibi etkileri olduğu gösterilmiştir. Dolayısıyla, cerrahi stres, hastaneye yatış ve cerrahi sonrası ağrı olmadığında, anestezi birlikte ameliyat sonrası uyku bozukluklarını tetiklediği görülmektedir. Hastalar ayrıca sıklıkla ameliyattan sonra ağrının önemli bir uyku bozucu faktör olduğunu bildirmişlerdir ve ağrının yanı sıra opioid kullanımının da uykuyu bozduğu rapor edilmiştir (Chouch 2014). Lokal anestezi uygulanan hastalarda genel anestezi uygulanan hastalara göre ameliyat sonrası gece uyku kalitesinin daha az bozulduğu bildirilmektedir. Bunun olası bir nedeni, bölgesel anestezinin perioperatif opioid tüketimini azaltmasıdır (Su and Wang 2018, Lin et all. 2021).

Cerrahi travmanın şiddeti: Ameliyat sonrası uyku bozuklukları sıklıkla bildirilmekle birlikte bir çalışmada; ortopedik, vasküler ve genel cerrahi girişimi sonrasında hastalar çoğunlukla yetersiz uykudan şikayetçi olmuştur

(ameliyattan önceki gece %28'e karşılık) ve vakaların %23'ünde dört gün sonra uykuları yetersiz kalmıştır (Chouch 2014). Hastalar uyku süresinin azalması, uyarılma sayısının artması veya sık uyanma gibi nedenlerle uyku kalitesinde düşüş yaşamaktadır (Su and Wang 2018). Cerrahi strese ilişkin olarak, ameliyatın büyüklüğü ve süresi uyku bozuklukları ile ilişkilidir. Her ne kadar kalp cerrahisi gibi majör ameliyatlarda ameliyat süresi uyku yakınmalarının süresi ile ilişkili olsa da, cerrahi travma, cerrahiye verilen endokrin, otonomik ve inflamatuvar stres yanıtları uyku bozukluğunun önemli nedenleri arasında sıralanmaktadır (Chouch 2014). Büyük ameliyattan sonra uyku bozuklukları daha şiddetlidir. Örneğin, genel anestezi altında açık kolesistektomi sonrası hastalarda, belirgin uyku bozuklukları (NONREM uykusunda artma, REM uykusunda azalma veya kayıp) meydana gelirken; genel anestezi altında laparoskopik kolesistektomiden sonra uyku bozukluklarının daha az şiddetli olduğu bildirilmektedir. Majör cerrahi girişimler minör cerrahi girişimlerle karşılaştırıldığında uyku verimliliğinin daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak meme kanserinde sık başvurulan lumpektomi gibi ameliyatlarda da ameliyattan sonraki gece uyku bozukluğu görülmekte ve yaklaşık 2 hafta sonra normale dönmesi beklenmektedir (Chouch 2014, Su and Wang 2018, Lin et al. 2021).

Ağrı: Ağrı, gece ameliyat sonrası rahatsızlığın en yaygın nedenidir (Su and Wang 2018). Analjezikler, hastaların tekrar uykuya dalmasına yardımcı olmak için en iyi müdahaledir. Opioidler ameliyat sonrası ağrının hafifletilmesinde etkilidir; ancak REM uyarıcı uyarılma ve uyanma yanıtlarını azaltarak ameliyat sonrası uykuyu kötüleştirirler. Hem hızlı hem de yavaş etkili analjezi sağlayan, alfentanil ve morfinden oluşan hasta kontrollü analjezi (HKA) kombinasyonunun ameliyat sonrası uykuyu iyileştirmediği bildirilmektedir (Rampes et al. 2020).

Aksiyete: Ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası kaygı ameliyat sonrası uyku bozukluğuna neden olur. Ameliyat öncesi yaşanan anksiyete ameliyat sonrası ağrıyı, ameliyat sırası anestezi ihtiyacını ve ameliyat sonrası hastanın sıkıntısını artırabilir ve uyku kalitesini etkiler (Rampes et al. 2020, Chouch 2014, Lin et al. 2021).

1.2.3. Çevresel Faktörler: Hastane ortamında olma, gürültü, ışık.

Hastane ortamında olma: Hastanede yatan hastalarda uykunun bozulmasından sorumlu birden fazla faktör vardır; bunlar arasında ortamdaki çevresel gürültü (alarmların izlenmesi, ekipman gürültüsü, diğer hastaların veya sağlık personelinin konuşmaları) yer almaktadır (Liao 2011, Chouch 2014, Su and Wang 2018, Lin et al. 2021).

Gürültü: Gürültü, özellikle yoğun bakım ünitesinde, literatürde uykuyu rahatsız edici olarak en sık sözü edilen çevresel uyarandır. Yoğun bakım ünitesinde gürültü seviyeleri, alarmlar ve personel görüşmeleri ile 85 dB'ye kadar ulaşabilir. Genel bir koğuştta, gürültü seviyeleri 70 dB'ye kadar da çıkabilir (hastanede gürültü seviyeleri gündüzleri 45 dB'yi, geceleri ise 35 dB'i geçmemelidir) (Su and Wang 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yoğun bakım ünitesindeki gürültü seviyelerine ilişkin yönergelerinde, ortalama seviyelerin gündüz veya gece boyunca 30 dB'yi geçmemesi ve geceleri en yüksek seviyelerin 40 dB'yi aşmaması gerektiği belirtilmektedir.

ışık: Gece ışığına maruz kalma, sirkadiyen ritmin bozulması nedeniyle uykuyu olumsuz yönde etkileyen başka bir faktördür. Gece ışık seviyeleri yoğun bakım ünitesinde ortalama 128 ile 1445 lux arasında ölçülmüştür. Bu seviyeler melatonin salgısını baskılayacak ve uykuyu bozacak kadar yüksektir (Rampes et al. 2020).

Bunların yanında, alta yatan akut hastalık, mide bulantısı, noktüri ve nefes darlığı gibi fiziksel semptomlar, anksiyete, depresyon, deliryum, ilaçlar, alışık olmadığı mekanda uyuma, tetkikler için sık sık uyanma gibi nedenlerden dolayı uyku etkilenmektedir (Liao 2011, Chouch 2014, Su and Wang 2018, Lin et all. 2021). Tüm bu faktörler ve yatış öncesi bildirilen uyku bozuklukları ameliyat sonrasında bireyler arasında farklı düzeylerde ve sürelerde uyku bozukluğuna neden olabilir (Chouch 2014).

1.3. UYKU ÖRÜNTÜSÜNDE BOZULMA VE HASTA ÜZERİNDEKİ OLUMSUZ SONUÇLARI

Hastanede yatan hastalarda uyku kısıtlaması çok yaygındır. Uyku kısıtlaması akut veya kronik, tam veya kısmi ve kümülatif olabilir. Uyku kaybının istenmeyen davranışsal ve fizyolojik etkilere yol açtığına dair kanıtlar vardır. Uykudan yoksunluk sağlıklı deneklerde metabolizma, uykululuk, performans, inflamatuvar sitokinler, bağışıklık fonksiyonu, kalp fonksiyonu üzerinde olumsuz etkiler göstermektedir.

Cerrahi, uyku düzeninin bozulması da dahil olmak üzere çeşitli düzeylerde sirkadiyen bozukluklara neden olur. Ameliyat sonrası ilk gecede REM uykusunda önemli bir azalma meydana gelir, bunu derin bir uyku takip eder. REM uykusunun hem yoğunluk hem de miktar açısından arttığı postoperatif ikinci ve dördüncü gecede rebound fenomeni meydana gelir. Rebound REM uykusu kararsız hemodinami ve ventilasyona yol açar. Hipoksi ile birlikte kardiyovasküler morbiditeye yol açacak değişiklikler meydana gelebilmektedir (Krenk, Rasmussen, ve Kehlet 2010). Bozulan uykunun başka etkileri de vardır; eski haline dönmenin azalması, yorgunluk ve

halsizliğin artması, ameliyat öncesi sağlığın yeniden kazanılması yeteneğinde azalmaya yol açar. Bunun yanında uyku ve ağrı arasındaki ilişki karşılıklıdır; kötü uyku ayrıca ağrı duyarlılığının artmasına neden olur (Su and Wang 2018, Lin et all. 2021).

Ameliyat sonrası uyku bozukluğu, ameliyat sonrası iyileşme üzerinde olumsuz etkisi olan katabolik bir durumun gelişimini teşvik eder. Uyku bozukluğunun etkisi en iyi şekilde, gecikmiş iyileşme, daha uzun hastanede kalma ve hastaların sağlığı ve genel yaşam kalitesi üzerindeki uzun süreli olumsuz etkilerle ilişkilendirildiği yoğun bakım ünitesi ortamında tanımlanmıştır. Ayrıca artroplasti veya kalp dışı cerrahi sonrası hastalarda postoperatif uyku bozukluğu, postoperatif deliryum riskinin artmasıyla ilişkilidir (Rampes et all. 2020, Lin et all. 2021).

1.4. CERRAHİ HASTADA UYKU TANILAMA YÖNTEMLERİ

Uyku temel insani ihtiyaçtır ve ciddi hastalık sırasında iyileşmenin kritik parçasıdır (Aksu, Erdoğan 2017). Bu nedenle istenen düzeyde iyileşmenin gerçekleşebilmesi için uykunun tanınması önemlidir. Uykunun değerlendirmesinde her ne kadar bazı ölçüm araçları kullanılıyor olsa da uyku subjektif olarak değerlendirilir. Objektif veriler, fiziksel olarak olup bitenlerin net bir tasvirini sunmak için verileri yakalayıp ölçerken; sübjektif veriler, uyku deneyimlerine ilişkin mevcut bir görüş sağlamak için hastanın ve/veya bakıcısının geri bildirimlerine dayanır. Dolayısıyla objektif uyku ölçümü tamamlayıcı bir yaklaşımdır ve çok sayıda uyku ölçüğü, günlük ve anket bu amaçla kullanılmaktadır. Bu ölçekler uyku davranışının çeşitli alanlarını ölçer. Çoğu belirli popülasyonlarda kullanılmak üzere tasarlanmış olsa da kullanımları farklı gruplara da uyarlanmıştır. Literatürde ‘uyku kalitesi’ genellikle araçların ölçtüğü şeyi tanımlamak için kullanılır. Ancak uyku kalitesi kavramı ve tanımı anlaşılması zor ve subjektiftir. Ertesi gün dinlenmiş ve yenilenmiş hissetme hissi, uyku kalitesine karar vermenin en temel ögesidir. Aynı zamanda uyku dönemine ilişkin nesnel alanlarla da ilişkileri vardır. Uyku kalitesinin belirleyicileri; uyku başlangıcından sonraki uyanıklık, uyku başlangıcındaki gecikme (uykuya dalmada gecikme) ve toplam uyku süresi olarak literatürde belirtilmektedir (Hoey, Fulbrook, Daugles 2014).

Araştırmalarda uykuyu değerlendirme için Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI), McGill Ağrı Anketi—Kısa Form (MPQ-SF), VAS Uyku Ölçeği, Uyku Bozuklukları Anketi (SDQ), Uyku Düzenini Etkileyen Faktörler (FFASP), Richard-Campbell Uyku Anketi (RCSQ), St Mary’s Hospital Uyku Kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır.

Aktigrafi (toplam uyku süresi, uyku verimliliği, uyanıklık indeksi ve sirkadiyen ritimler) ile uykuya ilişkin veriler toplanmaktadır. Uykuyu kaydetmek için bileğe aktigrafi cihazları takılır ve bilgisayar yazılım programlarındaki özel algoritmalarla uyku parametrelerini tahmin etmek için kullanılabilen hareketler kaydedilir. Klinik kılavuzlar ve araştırmalar, bilek aktigrafisinin, çoklu uyku gecikme testi öncesinde uyku düzenlerinin belgelenmesinde, sirkadiyen ritim uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde ve uyku bozukluğu olan hastaların evde izlenmesine yardımcı olarak özellikle yararlı olduğunu göstermektedir (Martin, Hakim 2011).

Tablo 1. Uyku Kalitesi Alanları

| |
|--|
| Uyku başlangıcı gecikmesi: uykuya dalmak için gereken süre |
| Uyku bakımı: uykuda kalma yeteneği |
| Uyku uzunluğu: toplam uyku süresi |
| Uyku verimliliği: toplam uyku süresinin yatakta geçirilen toplam süreye bölümü, yüzde olarak ifade edilir |
| Uyku başlangıcından sonraki uyanıklık: uyanık geçen süre uykunun başlangıcı ile sabahın son uyanışı arasındaki süre |
| Uyku ortasında uyanmalar veya rahatsızlıklar: uykudan uyanmaların nedenleri (ör. gürültü veya içsel faktörler gibi dışsal faktörler) |
| Uyku düzeni: her zamanki yatma zamanı ve sabah uyanma zamanı |
| Tanımlayıcı duygular: ör. dinlenmiş ve yenilenmiş hissetme, yeterli miktarda uyku |
| Uykuya bağlı solunum bozuklukları; obstrüktif apne gibi |

Kaynak: Hoeya LM, Fulbrook P, Douglasa JA. (2014) Sleep assessment of hospitalised patients: A literature review. International Journal of Nursing Studies 51 1281–1288. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.001>

1.5. CERRAHİ HASTADA UYKU ÖRÜNTÜSÜNDE BOZULMA VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Sağlık personeli cerrahi hastaların iyileşmeleri için birçok uygulamayı yaparken, cerrahi hastaların iyileşmesi için gerekli yeterli uykunun sağlanmasını gözden kaçırabilmektedirler (Couchou 2014). Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nde "uyku-dinleme" ana başlığında incelenmekte olup, "uyku örüntüsünde bozulma" hemşirelik tanıları arasında yer almaktadır (Erbaş & DemiRel, 2016).

Hastaların ameliyat sonrasında uyku kalitelerini etkileyen faktörlere yönelik hemşirelik girişimlerinin amacı: bireyin uyku örüntüsü ile ilgili

doyumunda artış olduğunu bildirmesidir. Bireyin var olan uyku düzenini koruması ve bozulan düzenini yeniden onarması hedeflenmektedir. Genel genel girişimler;

- Olası risk faktörlerini belirleyin.
- Hastanın ameliyat öncesi uyku düzeni hakkında verileri toplayın.
- Gürültüyü azaltın. Gece ışığı azaltın.
- İşlemleri uyku dönemindeyken en az sayıda rahatsız eden şekilde düzenleyiniz.
- Geceleri idrara çıkmak rahatsız ediyorsa gece vakti sıvı kısıtlanması yapınız. Diüretik ilaçlarını planlayın.
- Yatmadan önce idrar yapmasını sağlayınız.
- Kişi ile birlikte gündüzleri için aktivite programı oluşturun.
- Gündüz uykuları fazla ise süre ve miktarını sınırlandırın alışıla geldiği uyku öncesi rutinlerini zamanı hijyen uygulamalarını kuralları kişi aile ya da ebeveynlerle birlikte belirleyip olabildiğince bu rutinelere uyunuz.
- Öğleden sonra kafeinli içecekler alımını kısıtlayınız.
- Uyku dinlenme rahatsızlığının nedenlerini ve bunu önlemek için olası yolları kişiye ve önemli diğer kişilere açıklayınız.
- Ağrı yönetimini sağlayın.
- Dr. istemine göre ilaçlarını uygulayınız (Carpenito 2011).

Farmakolojik Olmayan Yöntemler: İlaç dışı tedavi, perioperatif uyku bozukluğunun çevresel unsurlar kullanılarak tedavisini ifade eder. Örneğin ameliyat öncesinde kullanılan müzik terapisi hastaların kaygı ve stresini azaltabilir. Müzik terapisinin birincil uykusuzluk için etkili olduğu belirtilmektedir. Kalp ameliyatı geçiren hastalarla yapılan bir araştırma, ameliyattan 1 gece önce 30 dakikalık müzik terapisinin subjektif uyku kalitesini artırabildiğini ve uyku süresini uzatabildiğini göstermiştir (Zang et al. 2020). Yoğun bakım ünitesindeki yaşlı hastalar için tek müzik terapisi, ameliyat sonrası 2. günde subjektif olarak uyku kalitesini iyileştirmiştir. Müzik terapisi grubunda negatif istatistiksel sonuçla tükürük melatonininde artış gözlenmiştir (Kim et al. 2020). Bu durum, müzik terapisinin melatonin ve kortizol salgılanmasını etkileyebileceği ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca tek kişilik yataklı odalarda kalma gibi çevresel faktörlerde iyileştirmenin uyku düzeyi ve kalitesinde iyileşmeye etkisi belirlenmiştir. Çeşitli randomize kontrollü çalışmalar incelendiğinde girişim

olarak; masaj terapisi, progresif gevşeme egzersizleri, parlak ışık terapisi, duruş ve rahatlama eğitimi, Melissa ofcinalis'in kurutulmuş yaprak tozu, akupresür, derin nefes egzersiz programı uygulamalarını kullanmışlar ve bu uygulamaların uyku kalitesine etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmaların sonuçlarında; masaj terapinin uygulandığı müdahale grubunda iyileşme döneminde uyku kalitesinin daha iyi ve yorgunluğunun daha az olduğu, progresif gevşeme egzersizlerinin ameliyat sonrası 2. ve 3. günlerde sabah uyku kalitesine etki ettiği, parlak ışık terapisinin sirkadiyen ritime etkisinin olmadığı, uyku zamanlaması üzerine etki ettiği, uyku süresini uzattığı (+24 dk), koroner arter by-pass greft (KABG) ameliyatı sonrası duruş ve gevşeme eğitimi verilen hastalarda, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, subjektif uyku ve uyku ilacı kullanım alt grup skorları üzerinde iyileşmelerin olduğunu, 1.5 g / gün Melissa ofcinalis'in kurutulmuş yaprak tozu ile yedi günlük uygulamamanın, KABG sonrası hastalarda anksiyete düzeylerini düşürdüğünü ve uyku kalitesini iyileştirdiğini, akupresür uygulanan hastalarda kaygı düzeyinin azaldığı, uyku kalitesinin arttığı, derin nefes egzersiz programının ameliyat sonrası dönemde uyku kalitesinin azalmasını engellediğini, ağrı yönetimine ilişkin verilen eğitimin uyku kalitesine etki etmediğini bildirmişlerdir (Bahçeli et al. 2014, Akıncı et al. 2016, Soltanpour et al. 2019, Aygin ve Şen 2019, Ghorbani et al. 2019). Bilinen diğer yöntemler Tablo 2. de gösterilmektedir.

Tablo 2. Farmakolojik Olmayan Yöntemler

| |
|---|
| *Rahatlatici teknikler |
| Masaj Duruş ve rahatlama yönelik eğitim programı Progresif kas gevşeme terapisi |
| *Cihazların ekipmanı |
| MP3 çalar ve kulaklık kullanan yönlendirmeli görüntüleme programı Müzik ve müzikli video Doğadan gelen sesler Uyku maskesi, kulak tıkacı ve müzik |
| *Eğitim stratejileri |
| Ameliyat öncesi eğitim müdahalesi: sözel yönlendirme, bilgilendirme broşürü ve uzman bir hemşirenin ziyaretleri Uyku aktiviteleriyle ilgili öz bakımı teşvik etmek için kişiselleştirilmiş eğitim programı |

Farmakolojik Yöntemler:

Deksmedetomidin: a-2 adrenoseptör agonisti olan deksmedetomidin, perioperatif sedasyon ve analjezide yaygın olarak kullanılmaktadır. Yoğun bakım hastalarında gece boyunca sürekli deksmedetomidin infüzyonu toplam uyku süresini uzatmış, uyku etkinliğini ve kalitesini arttırmıştır. Ameliyat sırasında deksmedetomidin infüzyonu da ameliyat sonrası uyku kalitesini iyileştirebilir ve ciddi uyku bozukluklarını azaltabilir (Lin et al. 2021).

Zolpidem: Zolpidem, ciddi anormal yan etkiler olmaksızın ameliyat sonrası uykuyu iyileştirebilen, benzodiazepin olmayan bir ilaçtır. REM uykusunun oranını iyileştirerek uykusuzluğun tedavisinde ve bozulan uykunun onarılmasında kullanılır (Lin et al. 2021).

Melatonin: Epifiz bezi tarafından salgılanan melatonin, sirkadiyen ritmi düzenleyebilen endojen bir hormondur. Perioperatif dönemde melatonin uygulaması, belirgin bir yan etki olmaksızın uyku kalitesini artırabilir. Melatonin, uykuyu iyileştirerek ve sirkadiyen ritimleri düzenleyerek hastaların iyileşme kalitesini iyileştirebilir (Lin et al. 2021).

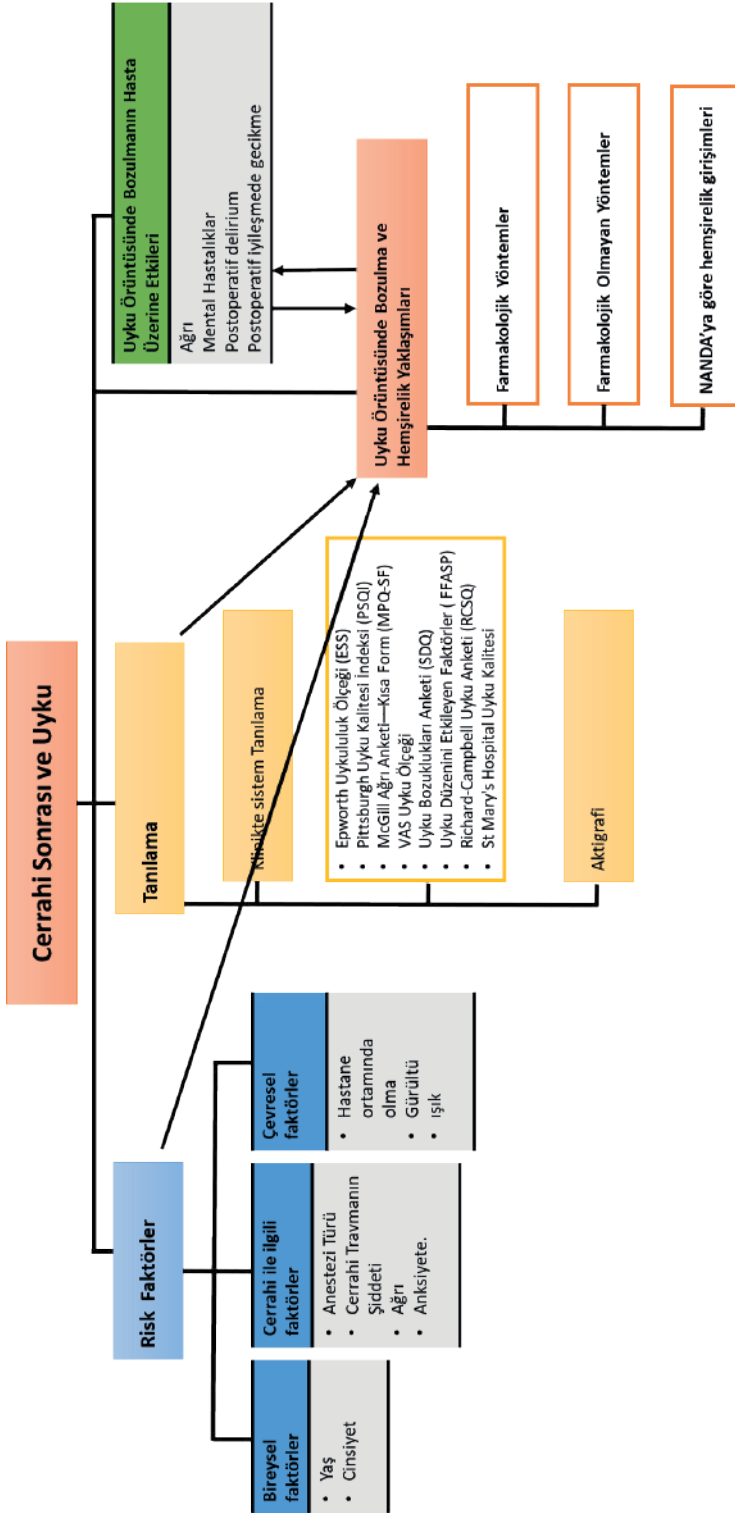
SONUÇ

Uykunun temel fonksiyonu vücudun kendini yenilemesini ve gelecek güne hazırlanmasını sağlamaktır. Uyku; sağlığı korumak, stres ve kaygıyı gidermek ve vücudun iyileşmesine yardımcı olmak için gerekli olan fizyolojik bir durumdur. Cerrahi girişim geçiren birey; bir yandan ameliyatın kendisinde oluşturduğu fizyolojik etkilerle (doku travmasına bağlı ağrı, cerrahi sonrası pozisyon sınırlılığı, ağırlı işlemler ve hemşirelik bakım uygulamaları vb.) baş etmeye çalışırken bir yandan da hastaneye yatma nedeniyle bildiği çevreden ayrılma, bilmediği işlemlere maruz kalma, gürültü, ışık, erken saatte kahvaltı için uyandırılma, kalabalık, kontrol ve mahremiyetin kaybı, uyku saatlerine rastlayabilen bakım ve tedavi işlemleri gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durum hastalığı ile baş etmeye çalışan bireyin temel gereksinimlerini karşılamasını, dolayısıyla uyku düzenini ve bağlantılı olarak iyileşme sürecini etkilemektedir. Bu kapsamda önemli bir sağlık profesyoneli olan hemşirelerin, cerrahi sonrası uyku kalitesi ve etkileyen faktörleri etkin şekilde belirlemesi ve önleyici girişimleri planlaması önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Akıncı E, Orhan FÖ. (2016). Circadian Rhythm Sleep Disorders Current approaches in psychiatry-Current Approaches in Psychiatry. 8 (2):178.
- Akpınar D. Determination Of Factors Affecting Post-Operative Sleep In Surgical Patient, Haliç University Institute Of Health Sciences Master's Thesis, 2014, Istanbul
- Arthur C, Guyton MD, John E., Hall, P., Medical physiology. Istanbul, Nobel Medical Bookstore, 2001, 689-691.
- Aygin D, Şen S. (2019) Acupressure on Anxiety and Sleep Quality After Cardiac Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*;34(6):1222-1231. doi:10.1016/j.jopan.2019.03.014
- Bahceli A., Karabulut N., The Effect Of Progressive Relaxation Exercises On Anxiety Pain And Sleep Quality Of Patients With Lumbar Disc Herniation Surgery , Atatürk University Institute Of Health Sciences, Master's Thesis, 2014
- Akıncı B, Yeldan İ, Bayramoğlu Z, Akpınar TB. (2016). The effects of posture and relaxation training on sleep, dyspnea, pain and, quality of life in the short-term after cardiac surgery: a pilot study. *Türk Gogus Kalp Damar* 2016;24(2):258-265. doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2016.11675
- Chouchou F, Khoury S, Chauny JM, Denis R, ve Lavigne GJ. (2014) "Postoperative Sleep Disruptions: A Potential Catalyst of Acute Pain?" *Sleep Medicine Reviews* 18(3):273-82.
- Figuroa-Ramos MI, Arroyo-Novoa CM, Lee KA, Padilla G, Puntillo KA. (2009) Sleep and Delirium in ICU Patients: A Review of Mechanisms and Manifestations. *Intensive Care Medicine*:35(5):781-95.
- Ghorbani A, Hajizadeh F, Sheykhi MR, Mohammadpoor asl A. (2019). The Effects of Deep-Breathing Exercises on Postoperative Sleep Duration and Quality in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG): a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci*;8(4):219-224. doi:10.15171/jcs.2019.031
- Martin JL, and Hakim AD. (2011). Wrist Actigraphy CHEST 2011; 139(6): 1514 – 1527
- Kaynak H, Ardic S. (2011) Physiology and diseases of sleep. Istanbul: Nobel Medical Bookstore;
- Kim J, Choi D, Yeo MS, Yoo GE, Kim SJ, Na S. (2020) Effects of patient directed interactive music therapy on sleep quality in postoperative elderly patients: a randomized-controlled trial. *Nat Sci Sleep*. 12:791– 800. doi: 10.2147/NSS.S286375
- Krenk L, Rasmussen LS, Kehlet H. (2010). New insights into the pathophysiology of postoperative cognitive dysfunction: Postoperative cogni-

- tive dysfunction. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*.;54(8):951-956. doi:10.1111/j.1399-6576.2010.02268.x
- Lin D, Huang X, Sun Y, Wei C and Wu A (2021) Perioperative Sleep Disorder: A Review. *Front. Med.* 8:640416. doi: 10.3389/fmed.2021.640416
- Hoeya LM, Fulbrook P, Douglass JA. (2014) Sleep assessment of hospitalised patients: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 51 1281–1288. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.001>
- Machado FS, Souza RCS, Poveda VB, Costa ALS. (2017). Non-pharmacological interventions to promote the sleep of patients after cardiac surgery: a systematic review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 25:e2926. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1917.2926>.
- Aksu NT, Erdoğan A. (2017) Akciğer Rezeksiyonu Yapılan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi Evaluation of Sleep Quality in Patients with Lung Resection *Journal of Turkish Sleep Medicine* ;4:35-42, DOI: 10.4274/jtsm.76486
- Örsal Ö. (2019). Examination of Factors Affecting the Sleep Quality of Psychiatry Patients Through Structural Equation Model. *J Psy Nurs.* ; 10(1): 55-64 DOI: 10.14744/phd.2018.06978
- Rampes S, Ma K, Divecha I, Alam A, Ma D. (2020) Postoperative sleep disorders and their potential impacts on surgical outcomes *The Journal of Biomedical Research*, 34(4): 271–280
- Soltanpour A, Alijaniha F, Naseri M, Kazemnejad A, Heidari MR. (2019). Effects of *Melissa officinalis* on anxiety and sleep quality in patients undergoing coronary artery bypass surgery: A double-blind randomized placebo controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine.* 28:27-32. doi:10.1016/j.eujim.2019.01.010
- Su X., and Wang DX. (2018). Improve postoperative sleep: what can we do? *Curr. Opin Anesthesiol* 2018, 31:83–88 DOI:10.1097/ACO.0000000000000538.
- Venkateshiah SB, Collop NA. (2012). Sleep and Sleep Disorders in the Hospital. *Chest*.141(5):1337-1345. doi:10.1378/chest.11-2591
- Liao WC, Huang CY, Huang TY, Hwang SL, (2011) A Systematic Review of Sleep Patterns and Factors That Disturb Sleep After Heart Surgery *Journal of Nursing Research* VOL. 19, NO. 4, DECEMBER
- Zhang QL, Xu N, Huang ST, Lin ZW, Chen LW, Cao H, et al. (2020) Music therapy for early postoperative pain, anxiety, and sleep in patients after mitral valve replacement. *Thorac Cardiovasc Surg.* 68:498– 502. doi: 10.1055/s-0040-1713352
- Carpentino LJ (2011). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çev. Editörü: Firdevs Erdemir, Genişletilmiş 11. Baskı, Nobel Kitabevi, İstanbul, Türkiye



Şekil 1. Cerrahi, Uyku ve Hemşirelik Kavram Haritası

Sağlık Bilimleri Araştırmaları Hemşirelik & Ebelik-III

Editör:

Prof. Dr. Papatya Karakurt

 ÖZGÜR
YAYINLARI

ISBN 978-975-447-763-4

9 789754 477634